

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

Мельник В.О.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ
ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

2024

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет Здоров'я людини
Кафедра Психології та соціології

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до кваліфікаційної роботи

рівень вищої освіти другий (магістерський)
спеціальність 053 Психологія. Освітня програма «Психологія»

на тему «**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ
ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**»

Виконав: здобувач вищої освіти групи ПС-23дм

Мельник В.О.

Керівник: доцент кафедри психології
та соціології, канд. психол. н., доц.

Османова А. М.

Рецензент:

канд.психол.наук, доц.каф психології,
соціальної роботи та педагогіки Університет «Україна»

Кириленко В. Г.

Завідувачка кафедри:

д. психол. н., проф.

Бохонкова Ю. О.

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет здоров'я людини

Кафедра Психології та соціології

Рівень вищої освіти Другий (магістерський)

спеціальність 053 Психологія. Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувачка кафедри психології
та соціології д. психол. н.,
проф. Бохонкова Ю. О.

«16» вересня 2024 року

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Мельник Володимир Олександровичу

1. Тема роботи: «Соціально-психологічні особливості синдрому емоційного вигорання медичних працівників».

Керівник роботи: Османова А.М., канд. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СХУ ім. В. Даля, затверджений наказом по університету від 16.09.2024 р. № 62/15.17.

2. Строк подання здобувачем роботи: 01.12.2024 р.

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – 90 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами.*

Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): *Провести теоретико-методологічний аналіз синдрому емоційного вигорання. Провести емпіричне дослідження щодо рівню синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників, які працюють з пацієнтами, хворими на Covid-19. Визначити вплив специфіки діяльності медичних працівників на формування симптомів синдрому професійного вигорання. Розробити в рамках дослідження практичні рекомендації, щодо комплексної системи психопрофілактичних заходів у медичних установах.*

4. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслеників): *таблиці 7, рисунки 8 (діаграми, гістограми, сегментограми).*

5. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Османова А.М., канд. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	19.09.2024 р.	13.10.2024 р.
2.	Османова А.М., канд. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	14.10.2024 р.	20.10.2024 р.
3.	Османова А.М., канд. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	21.10.2024 р.	08.11.2024 р.

6. Дата видачі завдання: 16 вересня 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
1	Визначення проблеми дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	16.09.2024 р. – 18.09.2024 р.	
2	Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження.	19.09.2024 р. – 17.10.2024 р.	
3	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів констатувального експерименту	18.10.2024 р. – 24.10.2024 р.	
4	Визначення впливу специфіки діяльності медичних працівників на формування симптомів синдрому професійного вигорання.	25.10.2024 р. – 29.10.2024 р.	
5	Розробка в рамках дослідження практичні рекомендації, щодо комплексної системи психопрофілактичних заходів у медичних установах	30.10.2024 р. – 03.11.2024 р.	
6	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	04.11.2024 р. – 01.12.2024 р.	
6	Представлення роботи на зовнішню рецензію	02.12.2024 р. – 12.12.2024 р.	
8	Перевірка роботи на академічний плагіат	13.12.2024 р. – 17.12.2024 р.	
9	Захист роботи	18-27.12.2024 р.	

Здобувач вищої освіти:

Мельник В.О.

Керівник роботи:

канд. психол. н., доц.

Османова А.М.

РЕФЕРАТ

Текст – 90 с., рис. – 8, табл. – 7, літератури – 70 дж.

В кваліфікаційній роботі розглянуто проблему професійного вигорання медичних працівників, особливості його прояву та шляхи профілактики. Теоретична частина містить аналіз наукових підходів до вивчення сутності синдрому професійного вигорання у вітчизняній та зарубіжній психології, його психологічних детермінантів, а також специфіки професійної діяльності медичних працівників, яка є сприятливим середовищем для розвитку цього синдрому.

Емпірична частина присвячена вивченню соціально-психологічних аспектів професійного вигорання серед медичних працівників, які працюють у складних умовах, зокрема під час пандемії Covid-19. У дослідженні використовувалися валідні психодіагностичні методики, результати яких дозволили виявити найбільш поширені симптоми, фази та особливості розвитку синдрому професійного вигорання у медиків.

Третій розділ роботи містить пропозиції щодо психокорекційних заходів, спрямованих на профілактику синдрому професійного вигорання. Розроблено комплекс індивідуальних і групових методів для подолання цього синдрому та покращення емоційного стану медичних працівників. Пропоновані заходи включають тренінги емоційної регуляції, методи самоконтролю, стратегії ефективного копіngu, а також програми групової підтримки.

Ключові слова: ЕМОЦІЙНЕ ВИСНАЖЕННЯ, МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ, ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ, ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ, ПРОФІЛАКТИКА, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ, ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ, ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ, ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ.

ABSTRACT

Melnyk V.O. Social and Psychological Characteristics of The Syndrome of Emotional Burnout in Healthcare Workers. – Qualification work. – Kyiv, 2024.

The qualification work presents addresses the problem of professional burnout among healthcare workers, its specific manifestations, and preventive measures.

The theoretical section includes an analysis of scientific approaches to studying the essence of professional burnout syndrome in domestic and foreign psychology, its psychological determinants, and the specifics of healthcare workers' professional activities, which create a favorable environment for the development of this syndrome.

The empirical section is devoted to studying the socio-psychological aspects of professional burnout among healthcare workers operating in challenging conditions, particularly during the Covid-19 pandemic. The study employed validated psychodiagnostic methods, whose results identified the most common symptoms, phases, and specific characteristics of the development of professional burnout syndrome in medical professionals.

The third section contains proposals for psychocorrectional measures aimed at preventing professional burnout syndrome. A comprehensive set of individual and group methods was developed to address this syndrome and improve the emotional state of healthcare workers. The proposed measures include training sessions on emotional regulation, self-control techniques, effective coping strategies, and group support programs.

Key words: emotional exhaustion, healthcare workers, psychological determinants, psychocorrectional measures, prevention, coping strategies, tolerance to uncertainty, emotional regulation, resilience.

3MICT

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СУТНОСТІ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ	11
1.1. Поняття та сутність професійного вигорання у вітчизняній та зарубіжній психології.....	11
1.2. Аналіз теоретичних та емпіричних досліджень з проблеми синдрому емоційного виснаження	16
1.3. Психологічні детермінанти синдрому емоційного виснаження	25
1.4. Характеристика професійної діяльності співробітників медичної сфери.....	34
ВИСНОВКИ З РОЗДІЛУ 1.....	38
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	39
2.1. Організація емпіричного дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик	39
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження	51
ВИСНОВКИ РОЗДІЛУ 2.....	71
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ З ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	74
3.1. Реалізація комплексу заходів з профілактики синдрому професійного вигорання.....	74
3.2. Індивідуальні методи для попередження та подолання СЕВ	85
3.3. Групові методи для попередження виникнення СЕВ	88
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3.....	93
ВИСНОВКИ	94
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	96

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних умовах політичних, соціальних та економічних змін в українському суспільстві велика увага приділяється вивченню закономірностей емоційного виснаження представників соціально-економічних професій, оскільки вони є важливим ресурсом розвитку та стабільності країни.

Вивчення синдрому емоційного виснаження (далі – ЕВ) у працівників медичної сфери: лікарів, середнього та молодшого персоналу сьогодні становить особливий науковий інтерес. За даними соціально-демографічних досліджень, робота медичного персоналу є однією з найбільш емоційно напружених видів діяльності. Під час виконання службових обов'язків лікарям доводиться стикатися з багатьма шкідливими і небезпечними факторами виробничого середовища різного типу: хімічними, фізичними, біологічними, психофізіологічними. В даний час особливого значення набувають психофізіологічні фактори, зокрема нервово-психічні перевантаження.

Працівники медичної сфери часто стикаються з високими ризиками психоемоційного навантаження та професійного вигорання через специфіку своєї діяльності, яка передбачає постійний контакт із людськими стражданнями та необхідність співпереживати пацієнтам і їхнім близьким. Пацієнти підсвідомо очікують від лікаря емпатії та уваги до їхньої проблеми, у той час як самі медики часто відчують емоційну виснаженість через постійну потребу занурюватися в проблеми інших, співчувати та реагувати на їхній біль. Особливо гостро ця проблема проявилася під час пандемії та воєнних дій, коли лікарі стикнулися зі значним стресом, втратою, загрозою власному здоров'ю, почуттям безсилля, організаційними труднощами та претензіями з боку пацієнтів. Попри вимоги професіоналізму, що передбачають швидкі та злагоджені дії, тривалий стрес може призводити до депресивних станів та функціональних

порушень. Питання профілактики та подолання професійного стресу, особливо в умовах постпандемічного періоду, є актуальним і потребує системного підходу для покращення якості життя медичних працівників.

Феномен професійного вигорання вперше привернув увагу американського соціального психолога Крістіни Маслач. Надалі дослідженням цього синдрому займалися як зарубіжні вчені (С. Джексон, Б. Пельман, Е. Хартман, В. Шауфелі, Е. Пайнс, К. Уолтер та інші), так і українські дослідники, серед яких Л. Бегеза, Г. Пріб, С. Максименко, К. Мілютіна та інші. Концептуальні аспекти розвитку особистості у професійній діяльності відображені в роботах З. Ковальчук, А. Кононенко, Д. Фельдштейна та інших.

Об'єкт дослідження – професійне вигорання у медичних працівників.

Предмет дослідження – соціально-психологічні особливості синдрому емоційного вигорання медичних працівників.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні синдрому професійного вигорання у медичних працівників в процесі трудової діяльності.

Згідно з визначеною метою у роботі вирішувалися такі **завдання дослідження**:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз синдрому емоційного вигорання.
2. Провести емпіричне дослідження щодо рівню синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників, які працюють з пацієнтами, хворими на Covid-19.
3. Визначити вплив специфіки діяльності медичних працівників на формування симптомів синдрому професійного вигорання.
4. Розробити в рамках дослідження практичні рекомендації, щодо комплексної системи психопрофілактичних заходів у медичних установах.

Теоретико-методологічною основою дослідження становили: Концепція емоційного вигорання Крістіни Масlach (трьохфакторна модель: емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистих досягнень). Модель вигорання Бойнтон та Колдуелла (взаємодія професійних та особистісних факторів). Теорія стресу Ганса Сельє (механізми адаптації організму до стресу). Когнітивна теорія стресу Річарда Лазаруса (роль когнітивної оцінки в сприйнятті стресу). Теорія ресурсів стресу Хобфолла (збереження та відновлення ресурсів у професійному середовищі).

Для вирішення поставлених завдань було використано такі **методи дослідження**:

- *теоретичні* – аналіз, синтез, систематизація, узагальнення сучасних наукових підходів;
- *емпіричні* – спостереження, бесіда, анкетування, тестування.

Наукова новизна дослідження, присвяченого соціально-психологічним особливостям синдрому емоційного вигорання медичних працівників, полягає у визначенні специфічних факторів, що впливають на розвиток синдрому у представників медичної сфери (наприклад, особливості професійного навантаження, робота в умовах підвищеної відповідальності, тривала взаємодія з пацієнтами). Узагальнення теоретичних підходів до вивчення емоційного вигорання, інтеграція соціально-психологічних, організаційних та особистісних факторів.

Теоретичне значення дослідження соціально-психологічних особливостей синдрому емоційного вигорання медичних працівників сприяє поглибленню розуміння теоретичних основ емоційного вигорання, зокрема його проявів, детермінант і наслідків у професійній діяльності медичних працівників.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що можуть бути використані медичними психологами для роботи з медичним персоналом з метою діагностики, профілактики та подолання професійного вигорання та для підвищення їх діяльності.

РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СУТНОСТІ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

1.1. Поняття та сутність професійного вигорання у вітчизняній та зарубіжній психології

Термін «синдром емоційного виснаження» (зустрічаємо також назви «синдром психологічного виснаження», «синдром професійного вигорання») вчені використовують для позначення стану емоційного та фізичного виснаження людей, професійні функції яких пов'язані з емоційним контактом з іншими людьми та психологічним впливом. на них представники соціально-економічних професій.

Цю проблему досліджували зарубіжні та вітчизняні психологи: М. Буриш, Г. Діон, К. Маслач, С. Джексон, Г. Сельє, В. Бойко, Л.Бегеза, Г.Пріб, Г. Ложкін, Н. Левицька, Л. Карамушка, Т. Зайчикова, В. Орел, Т. Форманюк, С. Максименко та ін.

Термін «синдром емоційного виснаження» вперше був використаний у 1974 році американським психіатром Гербертом Дж. Фроуденбергером (HJFrounderberger) для опису ситуації працівників сфери психічного здоров'я – соціальних служб, створених для допомоги безробітним, інвалідам, жінкам-алкоголікам, ветеранам війни у В'єтнамі, жертвами насильства тощо. Він описав це як «поразку, виснаження або зношення, яке виникає в людини внаслідок значно завищених вимог до власних ресурсів і сил» [14].

У 1981 році американські дослідники Крістіна Маслах і Сьюзан Е. Джексон сформулювали симптоми цього синдрому, які дозволили його діагностувати: «Вигорання – це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистої працездатності, який може виникнути в осіб, які виконують «людська праця» певного виду»:

«Вигорання – це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації та

зниження особистої ефективності, яке може виникнути у людей, які працюють у різних типах «допоміжних професій» [3].

Академік НАН України, професор Володимир Коваленко у своєму виступі на засіданні Президії НАН України (12 лютого 2015 р.) охарактеризував серед інших психічних станів синдром емоційного виснаження, близький до стресу, як «прогресуюче емоційне виснаження, яке може призвести до змін у сфері спілкування та людських стосунків» [113].

М. С. Міщенко характеризує цей синдром як поєднання таких станів: емоційно-психічного виснаження, емоційної несприйнятливості, втрати інтересу до професійної діяльності та підкреслює, що він характеризується спустошеністю, нервовим виснаженням, станом хронічної втоми, формальністю спілкування, непримиренністю, зміна ставлення до себе та результатів своєї діяльності, невміння будувати партнерські відносини та надавати емоційну підтримку [44].

Павловський Ю.А. представляє синдром емоційного виснаження як тривалу професійну кризу – реакцію на хронічний емоційний та міжособистісний стрес на робочому місці [53].

В. В. Бойко визначає синдром емоційного виснаження як психологічний захисний механізм, вироблений людиною у вигляді повного або часткового виключення емоцій (зниження їх енергетики) у відповідь на певні психотравмуючі впливи та дії, набутий стереотипний емоційний захист [6].

Соціально-психологічний підхід розглядає професійне вигорання як психічний розлад, що не перевищує психологічну норму, і досліджує міжособистісно-комунікативні, соціальні та організаційні чинники явища вигорання.

Прихильники клінічного підходу вважають синдром професійного вигорання психічним розладом, який визначає особистісні характеристики суб'єкта, особливо особливості його стресової реакції. Відповідно до цього підходу вигорання донедавна розглядалося як патологічний синдром, який

була належним чином кваліфікована за Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10). [30]

О. Колосович наголошує: «Іноді синдром професійного вигорання вважають одним із проявів так званої «замаскованої депресії» («депресії виснаження», «гібрид», «дистимія», «розлади адаптації», «дистрес» тощо) [30].

«Функціональна семантика синдрому вигорання зводиться до твердження, що це багатовимірне явище, яке синтезує сукупність негативних психічних переживань, фізичного, емоційного та інтелектуального виснаження внаслідок тривалої напруженості, пов'язаної з міжособистісними стосунками, що супроводжується емоційним насиченням і когнітивним втоми», формулюють Д. Т. Гошовська та Я. О. Гошовський у своїй статті «Особистісне емоційне виснаження в контексті приватного психогенезу» [16].

Всесвітня організація охорони здоров'я оновила Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям (МКБ), найбільш повний і систематизований перелік відомих захворювань і станів, визнаних доказовою медициною. На Асамблеї ВООЗ 20 травня 2019 року в Женеві було представлено 11-й перегляд МКБ (МКБ-11), який набуде чинності у 2022 році після узгодження з усіма країнами ВООЗ. У цьому документі емоційне виснаження віднесено до розділу «Фактори, що впливають на стан здоров'я або контакт із медичними службами» – ((Z00-Z99). XXI кл.).

На сайті МОЗ України зазначено, що синдром професійного вигорання наразі вважається явищем, а не хворобою: «Відповідно до МКБ-11 синдром вигорання є наслідком хронічного стресу на роботі. Тобто хронічний стрес на роботі може призвести до вигорання... Синдром вигорання використовується в професійному контексті і не повинен використовуватися для опису досвіду в інші сфери життя» [115].

Основними симптомами синдрому вигорання є:

- відчуття фізичного виснаження,
- зниження мотивації, психологічне відсторонення від виконання професійних функцій,
- песимістичне, цинічне або негативне ставлення до роботи,
- зниження працездатності.

«Називаючи професійне вигорання «професійним явищем» і визначаючи його як синдром, «що є наслідком хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося впоратися», ICF приділяє однакову увагу робочому місці та працівнику, підкреслюючи, що обидві сторони рівняння вимагають дій. ", - йдеться у Бюлетені Всесвітньої організації охорони здоров'я [9].

Стрес – це сукупність неспецифічних реакцій організму у відповідь на дію екзогенних або ендогенних тригерних факторів, які виявляються в порушенні адаптації до мінливих умов зовнішнього середовища за участю нейрогуморальної регуляції.

Ганс Сельє першим дав визначення терміну «стрес» у 1950 році у своїй монографії, яку він презентував у Монреалі [11]. У своїй дисертації та наступних публікаціях вчений зазначав, що використовувати цей термін для позначення впливу одного фактора стресу некоректно, оскільки неможливо розрізнити зміни, викликані конкретними, наприклад холодними, неспровокованими подразниками. та специфічні нейрогуморальні наслідки впливу стресових факторів. З цієї причини, підкреслює Сельє, біологічний стрес необхідно розглядати як реакцію на вплив двох або більше стресових факторів різної природи (фізичних, хімічних, біологічних, соціальних), що діють одночасно.

Стрес – це фізіологічна реакція організму, захисний механізм, який підтримує біологічний оптимум усіх життєвих функцій органів і систем за несприятливих умов життя.

Л.М. Юр'єва створила типологію стресових ситуацій [82], згідно з якою їх можна розглядати наступним чином:

- за тривалістю (гострий, хронічний);
- за рівнем впливу (мікро- та макростресори);
- за частотою виникнення (одиначні навантаження, багаторазові та періодичні навантаження);
- залежно від ступеня керованості (керована, некерована);
- за ставленням до ятрогенії (ятрогенний, неятрогенний стрес).

До хронічного стресу належать психотравмуючі події, які поширюються протягом тривалого часу і не становлять прямої загрози фізичному життю (соціально-економічні труднощі, постійні конфліктні ситуації в родині, стресові ситуації на роботі, екзистенційна пустеля тощо). Неятрогенний стрес включав кризові стани, не пов'язані з хворобою чи медичними втручаннями (криза психосоціального розвитку особистості, труднощі в навчанні чи роботі, фінансові труднощі тощо) [32].

Ганс Сельє, який кілька десятиліть поспіль вивчав природу біологічного стресу, прийшов до висновку, що, незважаючи на стереотипні нейрогуморальні ефекти, не всі стресові реакції однакові, і це пов'язано з відмінностями в темпераменті людей, обумовленими генотипом. Вчений також писав, що з якими б труднощами не стикався організм, можна впоратися двома типами реакцій: активною або боротьбою, пасивною або втечею від труднощів [22].

На нашу думку, синдром емоційного виснаження можна розглядати як наслідок хронічного, множинного, неконтрольованого та неятрогенного стресу. Це індивідуальний процес, причинами якого є сукупність ряду суб'єктивних і об'єктивних факторів, що залежать від особистісних якостей людини, індивідуальної системи професійного розвитку та соціальної взаємодії.

Оскільки питання емоційного виснаження передбачає серйозний і постійний стрес, вважається недостатнім брати це до уваги.

Професійне вигорання стосується виключно виконання людиною своїх професійних обов'язків. Вигорання створює значні проблеми в житті людини

та заважає її нормальній діяльності. Емоційне виснаження внаслідок внутрішнього накопичення негативних емоцій людини призводить до виснаження особистісних, емоційних та енергетичних ресурсів [30].

Ще в 2005 році Європейська конференція ВООЗ підкреслила, що стрес, пов'язаний з роботою, є серйозною проблемою для приблизно однієї третини працюючих громадян ЄС і що близько 3-4% валового національного доходу витрачається на вирішення проблем, пов'язаних з роботою. психічне здоров'я [24]. Тому в останні роки особлива увага приділяється охороні психічного здоров'я фахівців, у тому числі й медичної сфери. У резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я «Здоров'я працівників: Глобальний план дій на 2008-2017 рр.» профілактика синдрому професійного вигорання визначена одним із важливих питань, безпосередньо пов'язаних із захистом психічного здоров'я та фізичних аспектів працюючої людини [26].

У 2017 році темою Всесвітнього дня психічного здоров'я було «Психічне здоров'я на робочому місці».

1.2. Аналіз теоретичних та емпіричних досліджень з проблеми синдрому емоційного виснаження

Як уже було сказано вище, проблема емоційного виснаження фахівців обговорюється в наукових колах різних країн більше 45 років. Слід підкреслити, що це поняття з'явилося у вітчизняній літературі порівняно недавно, наприкінці 20 століття, на відміну від західних країн, де дослідження синдрому емоційного виснаження ведуться вже більше 45 років.

Аналіз літературних джерел дозволяє зробити висновок, що методи діагностики та виявлення синдрому емоційного виснаження у представників різних професійних груп вивчали В. Бойко, А. Василенко, І. Ващенко, Н. Водоп'янова, С. Джексон, Е.. Зеєр, Л. Карамушка, Т. Кириленко, К. Маслач, Г. Каплан, І. Куш, М. Левітов, С. Максименко, Г. Робертс, О. Саннікова, Б.

Дж. Седок, В. Семеніхіна, К. Черніс.

Особливості прояву синдрому професійного вигорання у представників різних професійних груп були обрані переважно з дослідницької позиції:

- ✓ соціальні робітники (Дж. Грінберг, Т. Марек, О. Полуніна, Б. Содерфельдт, М. Содерфельдт та ін.);
- ✓ поліцейські (І. Ващенко, З. Кісіль, Л. Леженіна та ін.);
- ✓ працівники медичної галузі (Л. Бегеза, Г. Пріб);
- ✓ спортсмени (Б. Вайс, К. Гренліф, В. Клименко, Г. Ложкін, Т. Морган, Р. Сміт, Р. Вайнберг, Р. Фліппін, А. Хакні);
- ✓ педагоги (В. Кан-Калик, Ю. Кулюткін, Н. Побірченко, Г. Пономарьова, Г. Сухобська, Н. Чепелєва, В. Чернобровкін, Т. Форманюк та ін.) [11]; [15]; [17]; [58]; [65]; [66].

Більшість дослідників синдрому емоційного виснаження відзначають, насамперед, значну деформацію емоційної сфери особистості (В. Бойко, І. Брецько, Т. Большакова, Н. Водоп'янова, К. Масалч, В. Орел, О. Романова, Т. Форманюк та ін.). Дослідники описують ознаки та симптоми синдрому емоційного виснаження досить загально: звичайна втома та надмірне і надмірне емоційне напруження в певний період життя – аж до стану глибокої невротизації, фрустрації, екзистенціального відчаю і порожнечі, відчуття безглуздості й абсурдності життя (Л. Варава, Ж. Вірна, С. Волканевський, С. Максименко, К. Маслач, Т. Ронгінська). Відбуваються серйозні зміни в ціннісно-смысловій сфері (криза цінностей, відсутність духовного комфорту, внутрішньоособистісний конфлікт, втрата сенсу життя, переживання самотності, залежність від роботи, розчарування життєвими ідеалами) [7]; [11]; [17]; [65]; [66].

Про це у своєму виступі на V Всеукраїнській науково-практичній конференції «Психічне здоров'я особистості в умовах соціальної кризи» зазначив завідувач кафедри психології управління Львівського державного університету внутрішніх справ. (Львів, 23 жовтня 2020 р.), «Описовий та епізодичний характер цих досліджень не дозволяє повною мірою розкрити

зміст це явище». Вчений наголошує: «Розуміння професійного вигорання як психічного розладу зі своїми характерними особливостями, що відрізняють його від подібних розладів, дає можливість ближче його вивчити, розробити та застосувати методи та засоби збереження та зміцнення психічного та фізичного здоров'я» [30].

Схильності до деформації потенційно закладені у всіх видах професійної діяльності, тому виникнення синдрому емоційного виснаження розглядається як передумова виникнення професійних деформацій особистості. «Вони характеризуються накопиченням деструктивних змін у поведінці людини під впливом ряду внутрішніх і зовнішніх факторів, які в майбутньому негативно впливатимуть на продуктивність праці» [4].

За словами Г. Дж. Фройденбергера (HJFrounderberger), існує група ризику, до якої входять люди, які тривалий час працюють без емоційної підтримки колег по роботі та керівництва. Ці працівники відчують розчарування, що призводить до зниження їхнього ентузіазму та продуктивності та робить їх менш ефективними в роботі. Подальші дослідження виявили й інші причини виникнення синдрому емоційного виснаження, але всі вони пов'язані з можливістю подальшого розвитку; якщо людина не бачить такої можливості, вона автоматично потрапляє в зону ризику цього синдрому [70].

Найчастіше виділяють наступні фактори синдрому емоційного виснаження:

зовнішні (організаційні), пов'язані з організацією праці працівника, особливостями його професійної діяльності та умовами праці на робочому місці;

внутрішні (особистісні) - індивідуальні особливості працівника [30].

Дж. Фройденбергер (HJFrounderberger) включає в цю концепцію фізичний компонент на додаток до емоційного. Пізніше вона визначила цей стан у своєму навчанні як «синдром фізичного та емоційного виснаження, який включає розвиток негативної самооцінки, негативне ставлення до

роботи та втрату розуміння та співчуття до клієнтів» [68].

К. Маслач (C. Maslach) і С. Джексон (SE Jackson) стверджують, що вигорання є результатом невідповідності між якостями людини та роботою, яку вона виконує. Вони розробили багатофакторну модель вигорання, яка досі є найбільш широко використовуваною для вивчення цього явища. Першу статтю на цю тему опублікував С. Maslach у 1978 році. У цій статті основною причиною вигорання вважаються напружені стосунки між професією та реципієнтом у поєднанні з особистими труднощами та проблемами, які приносять негативні емоції та призводять до емоційного перевантаження. Працівник переживає ці відносини як тривалий стрес, який може призвести до зміни ставлення до себе та інших.

У 1981 році К. Маслах (C. Maslach) і С. Джексон (SE Jackson) розглядали вигорання як відповідь на тривалий професійний стрес у міжособистісному спілкуванні, що включає три взаємопов'язаних чинника:

Виміри: психоемоційне виснаження, деперсоналізація та зниження особистих досягнень[11]. Психоемоційне виснаження переживається як сенсорне перевантаження, спустошеність і виснаження власних емоційних ресурсів. Людина вже не може як раніше віддаватися роботі, відчуває ослаблення особистих емоцій, апатію і навіть розчарування. Деперсоналізація - дегуманізація - тенденція до розвитку негативного ставлення до себе і до клієнтів або підлеглих. Негативні установки, спочатку приховані, можуть проявлятися у вигляді внутрішнього роздратування, яке, хоч і стримується, потім виливається у спалахи гніву та конфліктні ситуації. Зниження особистих досягнень проявляється у зниженні відчуття компетентності у власній роботі, невдоволенні собою та знеціненні особистої активності. Почуття провини за виявлення особистого негативу, зниження професійної та особистої самооцінки, відчуття особистої неадекватності, зняття відповідальності та перекладення відповідальності на інших [55].

Аяла Малах-Пайнс вважає, що основною причиною вигорання є невдалий пошук сенсу життя в професійній сфері. Автор зазначає: найвищий

ризик вигорання у працівників соціальної сфери (допоміжної сфери) з високим рівнем домагань. Робота, яка стала сенсом життя людини, викликає розчарування, розвиток яких призводить до вигорання. Іншими словами, за словами Пайнса, лише люди, які з самого початку дуже мотивовані, можуть страждати від вигорання. Людина, якій бракує цієї внутрішньої мотивації, швидше за все, відчуватиме стрес, депресію, втому, але не виснажену [20].

Пан Буріш вважає емоційне виснаження симптомокомплексом наслідків тривалого робочого стресу та професійних криз [89].

Дослідник виділяє такі фази:

- ✓ профілактичний (надмірна участь у діяльності);
- ✓ виснаження (почуття безпорадності, безсоння);
- ✓ зниження рівня власної залученості (стосовно колег, оточення, професійної діяльності, підвищення рівня домагань);
- ✓ емоційні реакції (депресія, агресія);
- ✓ фаза деструктивної поведінки (сфери інтелекту, мотиваційні, емоційно-соціальні, психосоматичні реакції та ослаблення імунітету, розчарування, негативне ставлення до життя) [4].

Ретельний аналіз сучасної наукової літератури, який дозволяє зрозуміти та розкрити сутність феномену емоційного виснаження, показує, що в зарубіжній науці існує два основних підходи до визначення професійного вигорання та до виділення його симптомів: результативний та процедурний [50]. Відповідно до ефективного підходу, професійне вигорання є кінцевою структурою, яка включає ряд специфічних і специфічних елементів. Інший підхід зосереджується на процесуальному аспекті явища, тобто визначає вигорання як процес, що складається з кількох етапів [55]. Ідея поступового виникнення явища також проводиться в кількох підходах, наприклад, триетапна модель К. Черніса (Cherniss, 1980, 1992), шестифазова концепція М. Буріша (М. Буріш, 1993) і концепція Б. Перлмана і Е. Хартмана (Perlman, Hartman, 1982), які розглядають професійне вигорання в тісному зв'язку зі стресом і його стадіями [10]

Автори однофакторної моделі Е. Аронсон і Е. М. Пайнс трактують емоційне виснаження як стан фізичного, емоційного і когнітивного виснаження, викликаний тривалим перебуванням в ситуаціях емоційного перевантаження. Тут під фізичним виснаженням дослідники розуміють низький енергетичний тонус, слабкість, постійну втому, фізичні та психосоматичні скарги [55]. Основною причиною вони вважають виснаження, а решту виявленої дисгармонії переживань і поведінки – наслідком [19].

Відповідно до двофакторної моделі, професійне вигорання є конструктором, що включає афективний (емоційне виснаження) та навчальний компоненти (негативне ставлення до отримувачів послуг – деперсоналізація, зниження самооцінки власних професійних досягнень і здібностей – зниження власних досягнень). У двовимірній структурі вигорання, емоційного виснаження та пропонується розглядати деперсоналізацію як окремий фактор або тлумачити її як детермінанту вигорання [19].

Автори трьох факторної моделі К. Масlach і С. Джексон описують синдром професійного вигорання у вигляді тривимірної конструкції, яка передбачає:

- 1) емоційне виснаження,
- 2) деперсоналізація,
- 3) зниження особистих досягнень, коли відбувається повне емоційне виснаження, що переходить у огиду до всього на світі.

У чотирикомпонентній моделі один із елементів емоційного виснаження (емоційне виснаження, деперсоналізація або зниження особистих досягнень) поділяється на два окремі фактори [19].

Моделі процесу професійного вигорання розглядають динаміку його розвитку як процес наростаючого емоційного виснаження, в результаті якого формується негативне ставлення до питань професійної діяльності. Вигорання - це динамічний процес, який розвивається в часі і має певні етапи.

За Дж. Грінбергом, процес професійного вигорання розвивається поетапно, переходячи від початкового задоволення професійною діяльністю до серйозних фізичних і психологічних наслідків. Цей процес поділяється на п'ять стадій:

1. **Стадія «медового місяця».** На початковому етапі професійна діяльність приносить задоволення, людина демонструє високу мотивацію та енергійність. Однак поступово ентузіазм починає згасати. Людина стикається зі зростаючими викликами, які знижують рівень емоційного задоволення від роботи. Перші ознаки стресу залишаються малопомітними, що створює ілюзію контролю над ситуацією. Проте зменшення позитивних емоцій сигналізує про початок процесу вигорання.
2. **Стадія «нестачі палива».** Виникає втома та виснаження, які впливають на продуктивність праці. Людина стає менш зацікавленою у виконанні своїх обов'язків, з'являється апатія та ухилення від професійних завдань. Психологічний стрес наростає, виникають проблеми у взаємодії з колегами та пацієнтами. Ця стадія часто супроводжується порушенням режиму роботи і відпочинку, що лише погіршує ситуацію.
3. **Стадія «хронічних симптомів».** Емоційне та фізичне виснаження стає постійним. Людина починає відчувати часті головні болі, безсоння, а також підвищену вразливість до хвороб. Психологічний стрес посилюється, що проявляється в роздратованості, невдоволенні собою та навколишніми. На цьому етапі можуть виникати сумніви у власній компетентності, що підсилює тривогу та емоційне напруження.
4. **Стадія «кризи».** Відбувається серйозне погіршення фізичного та психічного здоров'я. Хронічні захворювання починають активно проявлятися, людина може втратити працездатність. Відчуття безпорадності та втрати контролю над ситуацією призводить до ізоляції від колег та близьких, що поглиблює стан емоційного

вигорання. У багатьох випадках ця стадія вимагає медичного втручання.

5. Стадія «зламу стіни». Ця стадія характеризується загостренням хронічних захворювань та серйозними порушеннями психоемоційного стану. Людина може втратити не лише працездатність, але й свою кар'єру, оскільки більше не здатна виконувати професійні обов'язки. Психологічні наслідки цього етапу включають депресію, зниження самооцінки та почуття безвиході. Для відновлення може знадобитися тривале лікування та серйозна психологічна підтримка.

Таким чином, модель Дж. Грінберга демонструє поступове, але невідворотне поглиблення негативних змін, які охоплюють емоційну, фізичну та соціальну сфери життя людини. Кожна стадія є важливим сигналом для вжиття корекційних заходів, які можуть запобігти прогресуванню синдрому вигорання.

В.В. Бойко, який одним із перших почав вивчати синдром емоційного виснаження на пострадянському просторі, очевидно, провів у своїх роботах найбільш детальний багатовекторний аналіз цього явища. Вчений розглядає його як варіант психологічного захисту особистості, який полягає в частковій або повній відмові від емоційних реакцій у психотравмуючих умовах [7]. Цей синдром він відносить до професійних форм деформації особистості і вважає його стереотипним емоційним сприйняттям дійсності, що формується на виробництві в залежності від сукупності зовнішніх і внутрішніх факторів. Методично найбільш практичною вважається диференційна шкала, розроблена В.В. Бойком, яка класифікує симптоми, що супроводжують різні компоненти вигорання. В.В. Бойко вважає вигорання динамічним процесом і, поряд із зарубіжними прихильниками процесуального підходу, виділяє наступні етапи:

- 1) фаза стресу,
- 2) фаза опору,
- 3) фаза виснаження [7].

Особливий інтерес представляють роботи російського вченого В. Є. Орла, який проводить як теоретичні, так і експериментальні дослідження синдрому емоційного виснаження. У його дослідженнях предметом емпіричного дослідження стала гіпотеза Д. Ф. Гіллеспі (DFGillespie, 1981) про відмінності у розвитку професійного вигорання: існує «пасивний» тип еволюції, що характеризується симптомами депресії, і «активний» тип, пов'язаний з гнівом, агресивністю. і роздратування. Орел класично назвав ці типи «стенічним» (активний тип) і «астенічним» (пасивний тип) [50].

Якщо розглядати фактори, що сприяють розвитку синдрому вигорання, то бачимо, що тут можуть відігравати роль як особистісні характеристики працівника [51], так і організаційні фактори (думка К. Маслача). Б. Перлман і Е. Хартман виділили наступні групи змінних, що визначають синдром вигорання соціономічні професії: 1) особистісні, 2) рольові, 3) організаційні. Таким чином, різні умови та передумови сприяють розвитку синдрому вигорання [6].

Умови праці, які можуть призвести до розвитку синдрому емоційного виснаження, включають:

- неналежні умови гігієни праці та охорони здоров'я працівників;
- обмежена участь у прийнятті рішень;
- слабкий контроль над власною робочою зоною;
- низький рівень підтримки працівників;
- жорсткий графік роботи;
- нечіткі організаційні завдання чи цілі [30].

Цікаво, що не всі дослідники вважають синдром емоційного виснаження негативним процесом. Таким чином, Д. Трунов трактує СЕВ як природний і нормальний процес, оскільки спалення людини як самопожертва є одним із головних глобальних смислів людського буття, оскільки лише в горнилі людина відкривається іншим. Спектр «горіння» дуже широкий, тому, в принципі, не має значення, якою мірою відбувається печіння - обпікає людина або горить. Дослідник стверджує,

що немає приватного «синдрому печіння», а тотального процесу горіння людини [7].

1.3. Психологічні детермінанти синдрому емоційного виснаження

Вивчення проблеми емоційного виснаження неможливе без вивчення та аналізу факторів, які гальмують розвиток цього захворювання або сприяють його функціонуванню.

Питання про те, які психологічні чинники сприяють або перешкоджають виникненню і розвитку синдрому емоційного виснаження, в даний час до кінця не вивчений. У працях західних учених (К. Масlach, А. Пайнс, М. Буріш, Е. Аронсон) закладено розуміння природи ВЕС, основних симптомів, стадій розвитку та віддалених ефектів. Численні емпіричні дослідження показали, що організаційні, професійні та особистісні чинники впливають на розвиток синдрому професійного вигорання і тому можуть бути використані для профілактики. [109] Цю тему також розробляли у своїх дослідженнях вчені пострадянського простору: Бойко В.В., Водоп'янова Н.Є., Старченкова Є.С.

Серед різноманітних соціально-психологічних і особистісних факторів класично виділяють три основні групи:

особисті детермінанти – досвід несправедливості, самотність, соціальна незахищеність, соціально-економічна нестабільність, соціальна та міжособистісна ізоляція, неконструктивні моделі поведінки, сильна владна мотивація, «трудоголік», низький «уявлення про себе», низький соціальний інтелект, високий рівень емпатії, низька робота мотивація;

ситуаційні фактори – соціальне порівняння та оцінки інших, несправедливість, нерівність стосунків, негатив, напруженість чи «холодні» стосунки з колегами та підлеглими, рольові конфлікти тощо;

професійні фактори – когнітивно складне спілкування, емоційно

насичене ділове спілкування, потреба в постійному особистісному розвитку та вдосконаленні професійних навичок, адаптація до нових людей, мінливі професійні ситуації, пошук нових рішень, самоконтроль і нецікава або ненависна робота, бюрократія і «паперова тяганина», відсутність готових рішень, потреба в творчих пошуках тощо [5].

Стверджується, що існує ще одна детермінанта, що призводить до виникнення синдрому емоційного виснаження, - це наявність психологічно важкого та емоційно напруженого контингенту, з яким фахівець у сфері спілкування має справу під час виконання своїх професійних обов'язків (важкі хворі, конфліктні клієнти, «важкі» підлітки тощо) [12].

На нашу думку, теорія ресурсозбереження С. Хобфолла може відіграти важливу роль у профілактиці та вирішенні проблеми емоційного виснаження. Відповідно до цієї теорії, робочий стрес виникає, коли людина втрачає життєво важливі ресурси, не отримуючи очікуваної винагороди за результати власної праці; ресурсами можуть бути будь-які матеріальні, соціальні, духовні та особистісні цінності, що мають для людини суб'єктивне значення [98]. Насправді будь-яка трудова діяльність – це обмін ресурсами між організацією та працівником. Коли втрачається більше ресурсів, ніж отримується і накопичується (це можуть бути як об'єктивні факти, так і суб'єктивні переживання), виникає емоційне виснаження.

Ряд вчених вважає, що пусковий механізм синдрому вигорання зумовлений не зовнішніми факторами, а внутрішнім світом конкретної людини. Це відбувається насамперед у «душі» через брак психологічної гнучкості, духовного потенціалу і пов'язано не тільки з соціальними характеристиками (рівень життя та зарплата), графічними характеристиками (суб'єктивне переживання щастя в особистому житті, об'єктивне та суб'єктивне прийняття). труднощів), а також з психологічними особливостями [69].

У своєму дослідженні А. Білоножко [4] до особистісних детермінант психічного здоров'я відносить особистісні якості, що характеризують

внутрішню інтегрованість особистості та прагнення до особистісного розвитку поділяється на мотивацію і стабілізацію. Мотиваційними детермінантами вчений називає якості, що характеризують ставлення людини до себе та прагнення до особистісного розвитку та самовдосконалення: самооцінка, самокерування, відкритість, психоенергетичний потенціал, довіра до власної інтуїції. Стабілізатори – особистісні якості, що характеризують внутрішню інтегрованість особистості: впевненість у собі, самоповага, стійкість, низька внутрішня конфліктність і самодокори, професійна стабільність, «доросла» позиція [72]. У цій статті нам цікаво детальніше розглянути наступні фактори з точки зору їх впливу на виникнення та розвиток синдрому емоційного виснаження:

- стратегії подолання,
- місце контролю,
- толерантність до невизначеності.

Вивчення феномену адаптивної поведінки зарубіжними психологами почалося в другій половині 20 століття.

Вивченням процесу виникнення стресових реакцій, шляхів їх попередження та корекції поведінки людини в стресових ситуаціях займалися такі зарубіжні вчені: Дж. Адамс, Ф. Александер, Дж. Амірхан, Г. Басович, Г. Вайлант, Р. Лазарус, Р. Льюїс, Р. Механік, С. Петерсон, М. Селігман, Г. Сельє, Н. Скотч, М. Тейлор, К. Олдвін, Е. Фрайденбергер, С. Фолкман та ін.

Термін «переборювання» був введений у 1962 році американським психологом Лоїс Б. Мерфі, коли вона вивчала, як діти долають кризи розвитку [49]. У 1966 році Річард Лазарус використав термін «впоратися» у своїй книзі «Психологічний стрес і процес подолання» для опису стратегій поведінки, які люди свідомо використовують, коли стикаються зі стресом та іншими подіями, що провокують тривогу [95]. Згідно з Р. Лазарусом, копінг — це реакція людини на стрес, яка є результатом відсутності балансу між сприйняттям вимог середовища та індивідуальними ресурсами, доступними

для взаємодії з цими вимогами. Оцінка (вирішення) того, чи є ситуація стресовою, є суб'єктивним процесом, у якому кожна особа оцінює силу стресора шляхом порівняння вимог оточення з особистою оцінкою наявних у нього чи неї ресурсів [86]. Іншими словами, копінг відноситься до когнітивних і поведінкових зусиль людини впоратися зі стресом.

Сучасна наука під поняттям копінг розглядає емоційні, когнітивні та поведінкові спроби індивіда впоратися зі складними життєвими обставинами, тобто специфічні (зовнішні та/або внутрішні) вимоги, які оцінюються як стресові або перевищують силу наявних ресурсів.

С. Карвер розрізняє такі копінг-стратегії, як «вживання алкоголю та наркотиків», «гумор» і «звернення до релігії»[23]. Відповідно до Мейнарда Перретса адаптивними вважаються такі копінг-стратегії, які сприяють досягненню рівноваги в психіці людини і дають змогу в майбутньому зменшити або усунути шкідливі побічні ефекти стресових подій [28].

Локус контролю (від лат. locus – місце розташування та фр. controle – контролюю) – поняття, яке відображає схильність людини приписувати або шукати причини подій зовнішнім або внутрішнім факторам. Його також називають «локалізацією контролю над довільними зусиллями».

На думку Н.Є.Завацької, локус контролю – це «особистісний ресурс, на основі якого формується поведінка індивіда і від якого залежить вибір варіанта адаптації до соціального середовища» [25].

Дослідники розуміють цю психологічну рису особистості так:

- стійка стратегія індивідуальної поведінки.
- невід'ємна риса самосвідомості.
- свідомо діяльність, спрямована на саморегуляцію поведінки [35].

Цей термін вперше був введений у 1954 році американським соціальним психологом Джуліаном Роттером як частину його теорії соціального навчання [54]. Відповідно до цієї теорії реакції людини на вплив навколишнього середовища формуються за допомогою когнітивних факторів. Відповідно до цього підходу стратегія поведінки людини

визначається її знаннями, її історією та її очікуваннями, але найефективнішим способом прогнозування людських дій є стосунки людини з важливим для неї середовищем. Тому головним завданням є прогнозування цілеспрямованої поведінки людини в складних, нестандартних, критичних, стресових чи навіть психотравмуючих ситуаціях. Дж. Роттер зазначає, що поведінку людини доцільніше пояснювати на основі очікувань, оскільки лише певні дії наближають індивіда до обраної мети [106]. Вчений використовує термін «локус контролю» для опису загальних очікувань людини щодо того, якою мірою підкріплення залежать від її власної поведінки та якою мірою вони контролюються зовнішніми силами.

Локус контролю може бути внутрішнім і зовнішнім. Описані джерела контролю визначають відмінності в поведінкових ефектах. Люди із зовнішнім локусом контролю розглядають свої успіхи та невдачі як регульовані зовнішніми факторами.

Фактори (доля, удача, удача, непередбачені сили, «карма», середовище). Суб'єкти з внутрішнім локусом контролю вважають, що можуть визначати свої успіхи і невдачі власними діями, тобто беруть відповідальність за своє життя. На відміну від останніх, індивіди з зовнішнім локусом контролю практично не докладають зусиль, щоб вплинути на ситуацію, оскільки вважають, що їхні власні здібності чи дії не відіграють великої ролі в досягненні кінцевого результату [47].

Концепція локусу контролю Дж. Роттера базується на тезі про те, що в процесі його становлення як свідомого механізму контролю власної поведінки спостерігається перехід від зовнішнього (соціального) до внутрішнього (індивідуального) контролю.

Беручи до уваги внутрішній зв'язок локусу контролю з регуляторними можливостями особистості, тому можна роль локусу контролю в системі саморегуляції особистості. Існує тісний зв'язок між синдромом емоційного виснаження та локусом контролю особистості. Якщо фахівець бере на себе відповідальність за події свого життя і пояснює це своїм характером,

поведінкою та особистими реакціями, це свідчить про внутрішній локус контролю. Ці люди менш схильні до формування синдрому емоційного виснаження, ніж ті, хто покладає відповідальність за те, що відбувається на зовнішні фактори [67].

У цій роботі ми розглядаємо індивідуальне переживання стану психологічного благополуччя як протилежність стану емоційного виснаження.

Поняття психологічного благополуччя ввів Н. Бредберн (Norman M. Bradburn), який у 1969 році у своїй роботі описав цей стан через відчуття щастя/нещастя та через суб'єктивний ступінь задоволеності/незадоволення своїм життям. Структура психологічного благополуччя» [88]. Розвиваючи цю концепцію, К. Ріфф (Carol D. Ryff) розглядав стан психологічного благополуччя з точки зору піку потенційних можливостей індивіда і описував його як базовий суб'єктивний конструкт, що відображає сприйняття та оцінку особистісних здібностей [108], психологічне благополуччя людини розглядається як цілісне психологічний феномен, основою якого є принцип активності та гнучкості мислення, прагнення до стійкої позитивної душевної рівноваги, а також сукупність суб'єктивних переживань особистості щодо оцінки навколишнього світу та свого місця в ньому.

Цивілізаційні зміни 20 – початку 21 століття спричинили зростання складності, суперечливості, мінливості та невизначеності умов існування людини загалом та її професійної діяльності зокрема, що вимагає, щоб вона не лише витримала ці умови, але й уміла їх оцінити та використати на свою користь. Постійні зміни та кризи часто призводять до суб'єктивного відчуття невизначеності, що, у свою чергу, викликає тривогу, невпевненість, страх і, таким чином, відсутність психологічного благополуччя. Тема невизначеності сьогодні становить міждисциплінарний інтерес для філософії, менеджменту, економіки, психології та інших наук. Невизначеність можна описати як ситуацію, пов'язану з неповною або частково невідомою інформацією.

Соціальну ситуацію сучасності часто описують і сприймають як

ситуацію нестабільності та невизначеності, яка висуває нові високі вимоги до діяльності. Невизначеність можна виявити одночасно в повсякденному житті та в міжособистісному спілкуванні, у прийнятті рішень, в освітньому та професійному житті. Відсутність необхідної інформації, нечіткі критерії ефективності, незрозумілий характер розвитку ситуації – усе це породжує невизначеність.

Одним із найважливіших ресурсів для визначення вибору ефективних стратегій поведінки суб'єкта в невизначених ситуаціях є толерантність до невизначеності, з якою науковці пов'язують здатність суб'єкта сприймати невизначеність як фактор стресу або розглядати її як виклик і ресурс розвитку. і від якого залежить благополуччя людини, якість її життя і, загалом, життєздатність суб'єкта.

Поняття «толерантність до невизначеності» було введено в науку в 1948 р. Е. Френкель-Брансвік (Else Frenkel-Brunswick) у контексті проблем етнічних стереотипів та антисемітизму. Дослідник визначив толерантність до невизначеності як ставлення до неоднозначної, динамічної, невідомої ситуації тощо та описав її як емоційну та проникливу особистісну якість. [94] Німецький філософ і соціолог Теодор В. Адорно, розширюючи свої дослідження, наголошував на толерантності до невизначеності як здатності мати справу зі складністю навколишнього світу [20]

Зарубіжні вчені розглядали зміст і структуру толерантності до невизначеності (Е. Френкель-Брансвік, К. Дюргейм, Д. Фостер, С. Буднер, С. Бохнер) як стійку рису особистості (Р. Холлман, А. Макдональд, Р. Нортон, Дж. Сіданіус, Н. Роттер і А. О'Коннелл, Дж. Рей, Д. Маклейн, Ф. Хартманн, П. Клампітт, Дж. Літман) як контекст конкретної ситуації (С. Бохнер, Дж. Літман, О. Луковицька), як інтегральна здатність особистості (А. Карпов), як динамічна характеристика особистості (Д. МакКоллум, К. Меренлуото).

В Україні дослідження толерантності до невизначеності в психології проводяться відносно недавно і характеризуються своєю спрямованістю в певних напрямках. Найбільш поширені дослідження присвячені формуванню

толерантності до невизначеності у сферах діяльності (Гусєв А.І., Пічурін В.В.); розгляд толерантності до невизначеності як чинника благополуччя людини (І.М. Ющенко, П.В. Лушин) та як чинника ефективного консультування та адаптації науковців до соціальних змін (Р. Кочунас, А.І. Приходько); фрустраційна толерантність (Мітіна Л.М., Попик І.Г., Холодова О.А.). Досліджено окремі аспекти феномену толерантності до невизначеності: як особистісного чинника, що формує систему творчої особистості (Є. Носенко, М. Шаповал); як складова психологічної підготовки студентів до професійної діяльності та формування їх у процесі фізичного виховання (В. Пічурін) та ін.

Сучасна наука найчастіше визначає толерантність до невизначеності як стійку рису особистості, що складається із загального способу реагування на невизначені ситуації та перебування в них. Це біполярний вимір, де один полюс представляє толерантність до невизначеності, а інший полюс – нетерпимість, тобто нездатність терпіти невизначеність. [40]

На основі узагальнення теоретико-методологічних підходів до концептуалізації визначення толерантності до невизначеності І. Леонов виділяє такі варіанти його розуміння:

- риса особистості, що характеризується тимчасовою стійкістю, але водночас здатна до трансформації шляхом накопичення досвіду та свідомої перетворювальної діяльності суб'єкта;
- ситуаційне ставлення, яке впливає на процеси оцінки ситуації та емоційні та поведінкові реакції на них;
- метакогнітивний процес і особливий навик, який втручається в динамічні процеси, пов'язані з нейтралізацією або актуалізацією невизначеності, яка є результатом як трансформації існуючих суб'єктивних уявлень, так і створення нових концепцій [38].

Людина, толерантна до невизначеності, демонструє такі характеристики: тяжіння до невизначених ситуацій; відчуття комфорту перед обличчям невизначеної ситуації; сприйняття невизначених ситуацій як

бажаних; здатність продумати проблему навіть тоді, коли всі можливі фактори та наслідки прийняття рішення невідомі; здатність сприймати конфлікт і напругу, що виникають у невизначених ситуаціях; здатність протистояти відсутності зв'язку і логіки в інформації, що надходить; здатність сприймати невідоме; здатність сприймати нові, незнайомі та ризиковані ситуації як стимулюючі; готовність адаптуватися до невизначеної ситуації чи ідеї [21].

Для інтолерантної особистості характерні: сприйняття невизначеної ситуації як джерела загрози; схильність до полярних рішень типу «чорно-біле»; намагання приймати поспішні рішення, часто без урахування реальної ситуації; прагнення до очевидного і беззастережного прийняття чи відкидання у стосунках з іншими; нездатність мислити категоріями ймовірності та намагання уникнути непрозорого та неконкретного; схильність реагувати на незрозумілі ситуації зі страхом; необхідність категоризації; невміння розпізнавати наявність позитиві і негативні характеристики всередині об'єкта; дихотомічне сприйняття; нездатність сприймати суперечливі та мінливі подразники; шукайте впевненості та намагайтеся уникати невизначеності. Віддавайте перевагу відомому, відкидайте все невідоме [21].

У 1965 році С. Бохнер (Stephen Bochner) розділив характеристики особистості, яка не терпить невизначеності, на первинні (характеристики когнітивного стилю) і вторинні (риса особистості). До характеристик інтолерантної особистості Бохнер відносить такі: авторитарність, догматизм, ригідність, замкнутий стиль мислення, страх, агресивність, наявність етнічних упереджень [87].

Таким чином, аналіз теоретичних аспектів проблеми вивчення толерантності до невизначеності як психологічного конструкту, що пояснює та прогнозує поведінку людини, дозволяє визначити складність розуміння змісту цього психологічного феномену, що відображає специфіку ставлення

суб'єкта до неоднозначних ситуацій та передбачає можливість їх негативних і позитивних конотацій.

1.4. Характеристика професійної діяльності співробітників медичної сфери

Медичний працівник працює з найціннішим ресурсом – здоров'ям і життям людини. Це накладає на нього величезну відповідальність, яка є постійним джерелом стресу. Від його професійних дій залежить не лише стан пацієнта, але й добробут суспільства в цілому.

Щоденна діяльність медиків спрямована на задоволення нагальних потреб суспільства, реалізацію інтересів громадян та створення умов для загального благополуччя. Вона виходить за межі індивідуального впливу, адже стан здоров'я населення є ключовим показником соціально-економічного розвитку держави.

Помилка медичного працівника має надзвичайно високу ціну – здоров'я чи навіть життя пацієнта. Це вимагає від лікаря максимальної відповідальності, точності та дотримання професійних стандартів у кожній дії.

Професія медичного працівника має чіткі законодавчі рамки. У Кримінальному кодексі України виділено окремий розділ, присвячений злочинам проти життя і здоров'я особи, що підкреслює важливість дотримання норм надання медичної допомоги. Будь-яке відхилення від стандартів медичної практики розглядається як порушення закону. У разі претензій пацієнтів щодо неналежної медичної допомоги зазвичай ініціюються кримінальні провадження, під час яких проводяться судово-медичні експертизи. Такі обставини створюють додаткове емоційне

напруження для лікарів, адже навіть суб'єктивна скарга пацієнта може стати приводом для розслідування.

Медичний працівник зобов'язаний допомагати кожному пацієнту, включаючи тих, хто має тяжкі, інфекційні чи невиліковні захворювання. У своїй роботі лікар часто стикається з ризиками для власного здоров'я, включаючи контакт з небезпечними біологічними матеріалами чи вплив шкідливих факторів (хімічних речовин, рентгенівського випромінювання тощо).

Лікарі постійно працюють у стресових умовах, які можуть включати фізичне насильство з боку пацієнтів чи їхніх родичів. Крім того, умови праці в медичних закладах нерідко супроводжуються техногенними ризиками та недосконалою матеріальною базою.

Професія медичного працівника передбачає постійну взаємодію з пацієнтами, які перебувають у стані фізичних чи емоційних страждань. Це вимагає від лікаря не лише професійних знань, але й високого рівня емоційної стійкості та комунікативних навичок.

Щоденна діяльність медиків включає спілкування не лише з пацієнтами, але й з адміністрацією медичних закладів, колегами та середнім і молодшим медичним персоналом. Така багатовекторна комунікація вимагає ефективних навичок міжособистісної взаємодії та субординації.

Складнощі у роботі з пацієнтами:

Лікарі є свідками фізичних та емоційних страждань пацієнтів.

Не всі проблеми пацієнтів можна вирішити повністю, що створює відчуття професійної безпорадності.

Прийняття рішень, які впливають на якість і тривалість життя пацієнтів, додає ваги професійній діяльності.

Вимоги до професійної майстерності:

Медики працюють у режимі значного навантаження, часто перевищуючи норму робочих годин, що сприяє виникненню синдрому хронічної втоми.

Робота з високотехнологічним обладнанням вимагає високої кваліфікації та постійного підвищення професійного рівня через навчання, конференції та дослідницьку діяльність.

Велика ступінь відповідальності за організацію власної роботи та ухвалення важливих рішень.

Організаційна структура медичних закладів базується на суворій ієрархії, яка забезпечує чітке управління, розподіл обов'язків і відповідальності серед працівників. Ця ієрархічна система відіграє ключову роль у підтриманні порядку, ефективності та дисципліни у процесі надання медичної допомоги.

У медичних закладах існує чітка градація посад, яка визначає сферу обов'язків, рівень компетенції та повноваження кожного працівника. На чолі організації зазвичай стоїть головний лікар або директор, який несе відповідальність за стратегічне управління закладом. На середньому рівні знаходяться завідувачі відділень, які відповідають за координацію роботи лікарів, медсестер і допоміжного персоналу.

Взаємовідносини між працівниками базуються на принципах підпорядкування молодшого персоналу старшому. Наприклад, молодші лікарі підпорядковуються завідувачам відділень, а середній і молодший медичний персонал – старшим медсестрам. Це забезпечує оперативність і чіткість у виконанні завдань, особливо в умовах екстрених ситуацій.

Рішення щодо лікування або організації роботи часто ухвалюються колегіально, але з врахуванням ієрархії. Наприклад, в складних випадках рішення ухвалюються на консилиумах під керівництвом завідувача відділення або лікаря вищої категорії. Це дозволяє забезпечити комплексний підхід до лікування пацієнта.

Ієрархія гарантує, що кожен працівник знає свої обов'язки та межі відповідальності. Старші за посадою працівники контролюють виконання завдань підлеглими, що сприяє мінімізації ризиків медичних помилок.

Наприклад, молодші лікарі консультуються з більш досвідченими колегами перед ухваленням важливих рішень.

Медичний заклад складається з різних відділень (терапевтичного, хірургічного, реанімаційного тощо), які мають свої внутрішні ієрархії. Взаємодія між цими підрозділами регулюється адміністрацією закладу, що забезпечує злагодженість роботи всієї установи.

Таким чином, сувора ієрархія та регламентовані взаємовідносини є важливим аспектом організаційної структури медичних закладів, що забезпечує чітке функціонування системи. Однак важливо враховувати потребу в гнучкому підході до управління, який сприяє мотивації працівників і мінімізації конфліктів.

Отже, професія медичного працівника поєднує високі вимоги до професійних і морально-етичних якостей, високу соціальну значущість і підвищені юридичні ризики.

ВИСНОВКИ З РОЗДІЛУ 1

Теоретико-методологічний аналіз дозволяє стверджувати, що більшість науковців розглядають синдром емоційного виснаження як динамічний процес, який розвивається в часі та має певні фази чи стадії. Спеціаліст, який демонструє симптоми емоційного виснаження, намагається створити емоційну дистанцію у стосунках з іншими і таким чином уникнути вигорання. Одночасно формується негативне ставлення до власних професійних досягнень.

Тому в сучасних наукових підходах під синдромом емоційного виснаження розуміють психологічний захисний механізм, вироблений індивідом у вигляді повного або часткового виключення емоцій у відповідь на психотравмуючі ситуації.

Емоційне виснаження – набутий стереотип емоційної поведінки, найчастіше професійної, який дозволяє людині дозувати та економно витрачати свої енергетичні ресурси. У той же час можуть виникати дисфункціональні наслідки, коли емоційне виснаження негативно впливає на виконання професійної діяльності та стосунки з оточуючими.

Численні емпіричні дослідження показали, що організаційні, професійні та особистісні чинники впливають на розвиток синдрому професійного вигорання і тому можуть бути використані для профілактики.

Медичні працівники відносяться до групи фахівців, які внаслідок дії ряду факторів, пов'язаних зі специфікою їх роботи, мають високий ступінь вразливості до розвитку синдрому емоційного виснаження.

В умовах пандемії Covid-19 медичний персонал піддається впливу безлічі додаткових стресових факторів, що, як очікується, призведе до різкого збільшення кількості фахівців із навченим синдромом емоційного виснаження.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Організація емпіричного дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик

Аналізуючи теоретичні матеріали за темою дослідження, можна стверджувати, що проблема професійного вигорання є актуальною та привертає значну увагу, оскільки представляє собою складну психофізіологічну реакцію, яка включає психологічне, емоційне та фізичне дистанціювання від активної діяльності у відповідь на вплив негативних факторів, що спричиняють цей синдром. Медична професія, попри її важливість і зростаючу затребуваність у збереженні здоров'я населення, належить до найбільш стресових і напружених сфер. Особливого навантаження зазнали медики під час боротьби з поширенням COVID-19, що підкреслює актуальність даної теми. Хоча темпи поширення інфекції знизилися, багато працівників медичної сфери стикаються з наслідками виснажливої праці, які сприяють розвитку професійного вигорання. Додатковий вплив на емоційний стан медиків має і воєнний період у країні, що лише загострює проблему.

Науковий підхід до вивчення особливостей синдрому емоційного виснаження медичного персоналу, який працює на передовій у боротьбі з пандемією Covid-19, потребує об'єктивізації психологічних процесів, що нерозривно пов'язане з багатовимірним та комплексним аналізом індивідуально-групові психологічні особливості представників відібраного контингенту. Тому стоїть завдання знайти шляхи виявлення соціально-

психологічних детермінант синдрому емоційного виснаження лікарів і медичних сестер, які зараз працюють у відділеннях лікування пацієнтів із захворюванням Covid-19 середньої та середньої тяжкості. "

На нашу думку, доцільним є комплексне використання психодіагностичних методів, які дають достатній матеріал для з'ясування розвитку синдрому емоційного виснаження у медичного персоналу під впливом факторів середовища та особливостей особистості.

Відповідно до поставленої мети проведено аналіз психодіагностичних підходів сучасних передових досліджень синдрому емоційного виснаження і є надійним інструментом з багаторічним досвідом.

Для досягнення мети та виконання завдань дослідження, забезпечення достовірності основних положень і висновків використано ряд наукових методів збору інформації:

Теоретичні методи – теоретичний аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація філософських, медичних, спеціально-психологічних джерел, вивчення та узагальнення досвіду;

Емпіричні методи – співбесіда, тести;

Статистика – описова статистика, кореляційний аналіз.

Ми розглядаємо синдром емоційного виснаження як багатокомпонентне явище, а також як процес з динамічною структурою та певними етапами розвитку. Застосування теоретичних методів дало змогу обґрунтувати теоретико-методологічні основи дослідження та визначити методичне забезпечення експериментальних досліджень.

При виборі психодіагностичних методів ми керувалися темою дослідження, стрижнем якої є синдром емоційного виснаження. Таким чином, важливим аспектом було з'ясування його походження та прояву, його впливу на особистість медичних працівників та пошук психопрофілактичних заходів.

У дослідженні ми надаємо важливого значення аналізу основного кола проблем, що відображають особливості психологічної діагностики синдрому

емоційного виснаження та факторів, що його детермінують, професійної дезадаптації, стійких функціональних станів, індивідуальних особливостей особистості медика. персоналу. а також впливають на вибір методів інформативної психодіагностики. При цьому, враховуючи специфічні умови професійної діяльності, основною вимогою до вибору засобів тестування є простота, стислість, актуальність та інформативність.

Дослідження підтверджують, що такі показники, як напруга, резистентність, виснаження, ступінь толерантності до невизначеності, ступінь суб'єктивного контролю, використання адаптивних копінг-стратегій, стійкість тощо є дуже інформативними для вивчення синдрому емоційного виснаження. Психологічні методи, використані в психологічному експерименті, представлені в таблиці. 2.1.

Таблиця 2.1.

Психодіагностичні методи та кількість досліджуваних

№ S/N	Назва методики	№
1	Діагностика емоційно вигорання В. В. Бойка	76
2	Тест рівня суб'єктивного контролю за Роттером (шкала Розташування управління Rotter)	76
3	Методика визначення толерантності до невизначеності С. Буднер	76
4	Опитувальник копінг-стратегій (WCQ) Р.Лазаруса, С.Фолкман	76
5	Методика життестійкості С.Мадді	76
	Всього:	76

Під час психологічного експерименту враховувалися змінні, що зумовлюють синдром емоційного виснаження, а саме: соціально-психологічні характеристики професійної діяльності медичного персоналу,

особливості робочого місця.

Одним із факторів емоційного виснаження є використання тестів, зокрема анкет, що характеризують індивідуальні особливості медичного працівника, а також успішність виконання службових обов'язків. Тому типовим психодіагностичним завданням для виявлення проявів синдрому емоційного виснаження у медичного персоналу є комплексний аналіз особливостей виникнення та динаміки змін стану лікарів, змісту реальних особливостей їх професійної діяльності.

Використовуючи методику «Діагностика рівня емоційного виснаження за В.В. Бойком» [6], яка включає 84 запитання, ми поставили перед собою мету з'ясувати основні симптоми емоційного виснаження та знати, до якого етапу вони належать. Емоційне виснаження негативно впливає на фізичне здоров'я, психоемоційний стан і надійність у професійній діяльності медичного персоналу. Ця методика дозволяє побачити загальну картину синдрому емоційного виснаження як динамічного процесу, що протікає поетапно в залежності від стресової ситуації. Його рівень характеризується трьома основними стадіями: напруга, опір і виснаження.

У стадії напруги реакція страху запускає механізм розвитку синдрому емоційного виснаження. Симптомами нервового напруження є психотравмуючі обставини, невдоволення собою, переживаннями «замок», тривожність і депресія.

Фаза опору фактично є продовженням першої, оскільки стійкість до зростаючого стресу починається в момент тривоги. Основні симптоми: емоційно-моральна дезорієнтація, вибіркова емоційна реакція, розширення діапазону емоційної економії, скорочення професійних обов'язків.

Стадія виснаження характеризується зниженням загального тону (енергетичного, емоційного), виснаженням психічних ресурсів і ослабленням нервової системи. Основними симптомами є: емоційний дистанціювання, емоційний дефіцит, деперсоналізація (особистісне дистанціювання), психовегетативні та психосоматичні розлади.

Після діагностики симптомів емоційного виснаження та визначення їх приналежності до певних стадій розвитку останнього були проведені розрахунки, які дали змогу оцінити ступінь розвитку кожного симптому та стадії окремо. Слід зазначити, що запропонована методика детально описує синдром емоційного виснаження, характеризується суттєвими та кількісними показниками, дозволяє комплексно охарактеризувати особистість, а також визначити заходи психологічної профілактики.

Для дослідження локусу контролю медичного персоналу нами була використана методика опитувальника рівня суб'єктивного контролю [61]. Цей особистий опитувальник був розроблений на основі шкали Дж. Роттера у 1984 р. Вона призначена для діагностики інтернальності-екстернальності, тобто ступеня готовності людини брати на себе відповідальність за те, що з нею відбувається і що її оточує.

В основі визначення ступеня суб'єктивного контролю особистості лежать дві умови:

1. Люди відрізняються тим, де і як вони розташовують контроль над важливими для них подіями. Можливі два полярних типи такої локалізації: зовнішній і внутрішній. У першому випадку людина вважає, що всі події, які з ним відбуваються, є результатом дії зовнішніх сил - випадковості, інших людей і т. д. У другому випадку людина трактує значущі події як результат своєї особистої діяльності. Кожна людина займає певне положення в континуумі, який коливається від внутрішнього типу до зовнішнього.

2. Локус контролю, властивий індивіду, універсальний щодо всіх типів подій і ситуацій, з якими він або вона стикається.

Один і той же тип контролю характеризує поведінку індивіда перед обличчям невдач і в області досягнення, і це також стосується різних сфер соціального життя.

Виявлення особистісної характеристики, яка описує ступінь, до якого людина відчуває себе активним суб'єктом власних дій і коли вона є пасивним об'єктом дій інших людей і зовнішніх обставин, підтверджується

дослідженнями існуючих емпіричних навчання.

Дослідження показали, що самооцінка людини залежить від типу суб'єктивного контролю. Люди з низьким загальним рівнем суб'єктивного (зовнішнього) контролю характеризуються як егоїстичні, залежні, нерішучі, несправедливі, прискіпливі, ворожі, невпевнені, нещирі, несамотійні, дратівливі.

Люди з високим рівнем суб'єктивного (внутрішнього) контролю, навпаки, вважають себе добрими, незалежними, цілеспрямованими, справедливими, талановитими, доброзичливими, чесними, незалежними, апатичними. Це підтверджує гіпотезу про те, що рівень суб'єктивного контролю пов'язаний з відчуттям людиною своєї сили, гідності, відповідальності за те, що відбувається, самооцінкою та соціальною зрілістю.

Після діагностики рівня суб'єктивного контролю були проведені розрахунки, які дозволили оцінити зв'язок між локусом контролю та наявністю синдрому емоційного виснаження в учасників нашого дослідження. Це дає змогу прогнозувати можливість повторного розвитку ВЕС у певної групи людей і, враховуючи особливості кожної окремої людини, розробити комплекс профілактичних заходів для його попередження.

Для визначення ступеня толерантності до невизначеності використовувався опитувальник TAS (Tolerance Ambiguity Scale) С. Баднера, вперше опублікований у 1962 році. Це один із найбільш часто використовуваних методологічних інструментів у дослідженнях толерантності до невизначеності. Толерантність до невизначеності як індивідуальна схильність оцінювати невизначені ситуації як бажані або – у випадку нетерпимості до невизначеності – як загрозові. Толерантність до невизначеності є властивістю особистості – це риса особистості, яка визначає ставлення індивіда до невизначених, страшних і неоднозначних ситуацій, незалежно від емоційного ознаки цієї невизначеності. Людина, яка толерує невизначеність, може почуватися відносно комфортно навіть у ситуації з

високою ентропією, розглядає кожну невизначену ситуацію як можливість зробити вибір, отримати новий досвід, розвиватися, проявити свої здібності та навички, не відчуває в цих ситуаціях деструктивного страху, здатний діяти активно та продуктивно в невідомому середовищі та часто бере на себе відповідальність у разі дефіциту інформації, здатний приймати рішення без тривалих сумнівів і без страху провалу. Однак людина, нетерпима до невизначеності в ситуаціях невизначеності (або навіть у можливості її виникнення, реальної чи уявної), демонструє високий рівень тривоги, навіть якщо ця невизначеність означає позитивні зміни в майбутньому. Відсутність інформації або її неоднозначність викликає у такої людини дискомфорт. Люди, які не терплять невизначеності, схильні суворо регламентувати всі сфери життя, включаючи стосунки і системи отримання досвіду. Вони комфортніше почуваються у знайомій, звичній обстановці і віддають перевагу чітким формулюванням, чітким цілям і простим завданням. Таким чином, поняття толерантності до невизначеності зближується з поняттям стійкості, а поняття нетерпимості з поняттям жорсткості.

Опитувальник невизначеності С. Буднера включає 16 пунктів, що робить його практичним і «економічним». В авторській версії пропонується анкета з трьома шкалами: 1) новизна проблеми, 2) її складність і 3) рівень її складності. На сьогоднішній день цей опитувальник є одним із найвідоміших і найбільш використовуваних опитувальників у дослідженнях стійкості до невизначеності, головним чином завдяки його високій конструктивній валідності, досягнутій під час його розробки та тестування шляхом ретельного співвіднесення отриманих результатів з біографічними даними респондентів, показниками соціальної оцінки, вибору професії, ставленням до релігії та іншими соціальними показниками, а також з багатьма психологічними змінними.

Для визначення копінг-стратегій співробітників медичної дослідницької групи використовувався Опитувальник копінг-стратегій (WCQ) Р. Лазаруса і С. Фолкмана в адаптації Т. Крюкової, О. Куфтяк і М.

Замишляєвої [34]. Тест вважається першим стандартним методом у сфері вимірювання заходів адаптації, який протягом багатьох років довів свою ефективність і надійність і широко використовується у вітчизняних і закордонних дослідженнях з цього питання

На думку авторів методики, подолання життєвих труднощів відповідає постійному розвитку когнітивних і поведінкових зусиль індивіда впоратися з певними зовнішніми та/або внутрішніми вимогами, які він оцінює як складні або виходять за межі його можливостей. Завдання подолання негативних життєвих обставин полягає в тому, щоб подолати труднощі, зменшити їх негативні наслідки, уникнути цих труднощів або подолати їх. Таку поведінку можна визначити як цілеспрямовану соціальну поведінку, що дозволяє впоратися зі складною життєвою ситуацією (чи стресом) за допомогою усвідомлених стратегій дій, адаптованих до особистих особливостей і ситуації. Ця свідома поведінка спрямована на активну зміну, трансформацію контрольованої ситуації або адаптацію до неї, якщо ситуація некерована. У такому розумінні це важливо для соціальної адаптації. Стилі та стратегії вважаються самостійними елементами свідомої соціальної поведінки, за допомогою яких людина справляється з життєвими труднощами

Опитувальник копінг-стратегії включає 50 тверджень, кожне з яких відображає конкретну поведінку в складній або проблемній ситуації. Подолання труднощів можливо за допомогою 8 стратегій (стилів поведінки). Тест на адаптацію показує, як часто респондент використовує окремі стратегії та наскільки ефективно вони використовуються.

Оцінка базується на наступних підшкалах:

Протистояння. Вирішення проблеми шляхом не завжди цілеспрямованої поведінкової діяльності, виконання конкретних дій. Часто стратегія конфронтації вважається дезадаптивною. Однак при поміркованому вживанні він надає особистості здатності протистояти труднощам, енергії та ініціативи для вирішення проблемних ситуацій, здатності відстоювати власні інтереси.

Дистанціювання. Подолання негативних почуттів до події за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості в неї. Характерним прийомом для цього є використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, відволікання уваги, дистанціювання, гумору, девальвації тощо.

Самовладання. Подолання негативних переживань шляхом свідомого придушення, стримування емоцій, мінімізації їх впливу на сприйняття ситуації, високий ступінь контролю поведінки, прагнення до самоконтролю. Характерними рисами цього методу є орієнтація на взаємодію з іншими людьми, очікування підтримки, уваги, поради, співчуття, адресної та дієвої допомоги.

Прийняття відповідальності. Визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення, що в окремих випадках супроводжується виразним компонентом самокритики та самозвинувачення. Домінування цієї стратегії поведінки може призвести до невиправданої поведінки. Самокритичність і самобичування, переживання почуття провини і хронічного невдоволення собою.

Втеча (уникнення). Подолання негативних переживань щодо труднощів людини шляхом реагування за типом уникнення: ігнорування проблеми, фантазування, невиправдані очікування, відволікання тощо. При переважному використанні стратегії уникнення можуть спостерігатися інфантильні форми поведінки в стресових ситуаціях.

План вирішення задачі. Робота з проблемою шляхом цілеспрямованого аналізу ситуації та можливих варіантів поведінки, розробки стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, особистого та колективного досвіду та наявних ресурсів.

Позитивна переоцінка. Подолання негативного досвіду, пов'язаного з проблемою, шляхом її позитивного переосмислення та сприйняття її як стимулу для особистісного зростання. Він характеризується акцентом на філософському розумінні проблемної ситуації та включенні її в більш

широкий контекст роботи з особистісного розвитку індивіда.

Дослідження рівня сформованості системи життєдіяльності та її складових у досліджуваних медичних працівників проводилось за методикою життєздатності С. Мадді в адаптації Д. Леонтьєва [39]. Тест на витривалість є адаптацією дослідження витривалості, розробленого американським психологом Сальваторе Мадді. Персональну змінну Д. Леонтьєв хотів визначити як «Стійкість» характеризує ступінь здатності індивіда протистояти стресовій ситуації, зберігати внутрішню рівновагу і не знижувати успішність діяльності. Прикладний аспект стійкості визначається роллю, яку ця особистісна змінна відіграє в успішному протистоянні людини стресовим ситуаціям, особливо у професійному середовищі. Стійкість є важливою особистою змінною, через яку впливають стресори. Ці фактори опосередковано впливають на фізичне та психічне здоров'я, а також на успішність діяльності.

Стійкість – це система переконань про себе, навколишній світ і стосунки зі світом, яка дозволяє людині реалістично оцінювати життєві події, витримувати значні навантаження та ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями. Це рішучість, яка включає три відносно автономні компоненти: участь, контроль і прийняття ризику. Ступінь дії цих компонентів і загальний життєвий тонус запобігають виникненню внутрішньої напруги в стресових ситуаціях шляхом стійкого контролю над стресом і сприйняття його як менш значимого.

Залученість визначається як «переконання, що участь у тому, що відбувається, дає найбільший шанс знайти щось цінне та цікаве для індивіда». Людина з сильним компонентом залучення отримує задоволення від особистої діяльності. І навпаки, відсутність впевненості в собі створює відчуття відторгнення, відчуття перебування «поза» життям.

Контроль розуміється як віра в те, що боротьба дає можливість вплинути на результат події, навіть якщо цей вплив не є абсолютним і успіх не гарантований. Навпаки – відчуття особистої безпорадності. Людина з

високорозвиненим компонентом контролю відчуває, що вона сама обирає свою особисту діяльність, свій шлях.

Прийняття ризику – це впевненість людини в тому, що все, що з нею відбувається, сприяє її розвитку через знання, отримані з досвіду, позитивного чи негативного. Людина, яка сприймає життя як спосіб набуття досвіду, готова діяти на свій страх і ризик без надійних гарантій успіху, оскільки прагнення до комфорту та безпеки збіднює життя. В основі ризику лежить ідея розвитку через активне отримання емпіричних знань і їх подальше використання.

Мадді наголошує на важливості вираження всіх трьох компонентів для підтримки оптимального здоров'я та працездатності. Діяльність в умовах стресу. Можна говорити про індивідуальні відмінності кожного з трьох компонентів складу стійкості, а також про необхідність їх узгодженості один з одним і із загальним показником стійкості.

Ця методика включає 45 запитань і 4 структурних показники, а саме: загальний рівень стійкості та його складові (участь, контроль, прийняття ризику).

Виявлені компоненти дають змогу оцінити здатність і готовність людини проявляти свою активність і гнучкість у стресових ситуаціях та визначити її схильність до стресових переживань.

На нашу думку, напрямок на дослідження та розвиток життєздатності медичного персоналу виглядає дуже перспективним, оскільки він базується на характерологічних властивостях, може вивчатися та розвиватися, являє собою як комплексну стратегію адаптації, так і потенційний копінг-ресурс, і може бути використаний у стресові ситуації.

Прийняття й підтримка, любов і визнання з боку інших мають вирішальне значення для підвищення відданості. Для розвитку контрольного компонента важлива підтримка ініціативи людини, її готовності вирішувати завдання, що наростають, у межах своїх можливостей. Багатство вражень, мінливість і неоднорідність середовища мають велике значення для розвитку

схильності до ризику.

Відповідно до мети та завдань дослідження було сформовано дослідницьку вибірку, до якої увійшли 76 осіб – медичний персонал (лікарі та медичні сестри), які зараз працюють у палатах, переобладнаних для лікування хворих на COVID-19 з легкою формою та середнього перебігу захворювання, а також реанімаційні та реанімаційні відділення для надання медичної допомоги хворим на Covid-19 у важкому стані в лікувальних закладах міст Києва (табл. 2.2).

Таблиця 2.2.

Загальна характеристика вибірки

	терапевтичні відділення	Відділ реанімація	Все загалом
лікарі	16	8	24
Медсестри	38	14	52
Все загалом	54	22	76

Крім того, зазначимо, що до перенаправлення на лікування хворих на Covid-19 це були послуги терапії, нефрології та гастроентерології. Тобто до початку пандемії медичний персонал відділень не стикався у своїй роботі з інфекційними інфекціями та рідко відчував різке погіршення стану пацієнтів, тим більше – масове; медичний персонал відділень інтенсивної терапії та реанімаційних відділень також не стикався у своїй роботі з інфекційними інфекціями та не мав досвіду роботи з надмірно великою кількістю хворих, браку обладнання чи необхідності вибору між пацієнтами (кому вибрати) для надання допомоги в певну одиницю часу і, отже, з надмірною смертністю).

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Симптоми професійного вигорання були визначені за методикою В. Бойка «Діагностика рівня емоційного вигорання». Ця методика дозволяє виявити, що процес вигорання є динамічним і поступовим, починаючи зі стресу, який проходить через три фази: фазу напруження, фазу резистенції та фазу виснаження. Згідно з результатами, за кожним із 12 симптомів емоційного вигорання, було визначено рівень вигорання у кожній групі за середнім балом.

За шкалою «напруження» спостерігається емоційне виснаження, апатія, втома, пов'язані з роботою. Це виявляється в симптомах, таких як переживання психотравмуючих ситуацій, незадоволеність собою, почуття «замкненості» та депресія, тривога.

Шкала «резистенція» показує надмірне емоційне виснаження, що спричиняє розвиток захисних реакцій, і в результаті люди стають емоційно закритими, байдужими, відстороненими. Це виявляється в таких симптомах, як емоційно-моральна дезорієнтація, зниження професійних обов'язків, неадекватне емоційне реагування та економія емоцій.

Шкала «виснаження» характеризується психофізичною втомою, спустошенням, недооцінкою власних досягнень, порушенням професійної комунікації, розвитком цинізму щодо пацієнтів та колег, а також психосоматичними захворюваннями. Це проявляється в таких симптомах, як емоційний дефіцит, деперсоналізація, емоційна відстороненість та психосоматичні й психовегетативні розлади.

Для визначення рівня емоційного вигорання серед медичних працівників, які брали участь у дослідженні, використовувалася методика В.В. Бойка «Діагностика рівня емоційного вигорання» (Додаток А). Аналіз результатів показав наступні результати: 51,31% учасників (39 осіб) мають вже сформований синдром емоційного вигорання. Це свідчить про те, що в цих медичних працівників вигорання досягло серйозної стадії, що може

негативно впливати на їхній психологічний стан та професійну ефективність. У 34,21% учасників (26 осіб) синдром емоційного вигорання перебуває на стадії формування, тобто вони переживають перші ознаки стресу та емоційного виснаження, що може призвести до подальшого розвитку вигорання. І лише у 14,48% учасників (12 осіб) не було виявлено ознак емоційного вигорання, що вказує на відсутність явних психологічних проблем на момент дослідження.

Ці результати свідчать, що більшість медичних працівників, які працюють з пацієнтами, що хворіють на Covid-19, вже зазнали значного впливу емоційного вигорання або знаходяться на шляху до його розвитку. Високий рівень вигорання серед медичних працівників є тривожним сигналом і вимагає вжиття заходів для підтримки психологічного здоров'я цих працівників, зокрема, впровадження програм психологічної підтримки та розвитку механізмів стійкості до стресу.

Таблиця 2.3.

Ступінь розвитку синдрому емоційного виснаження

синдром емоційне виснаження	Високий (сформований)	Середній (на стадії формування)	Низький (не сформований)	всього
номер	39	26	11	76
%	51.31	34.21	14.48	100,0

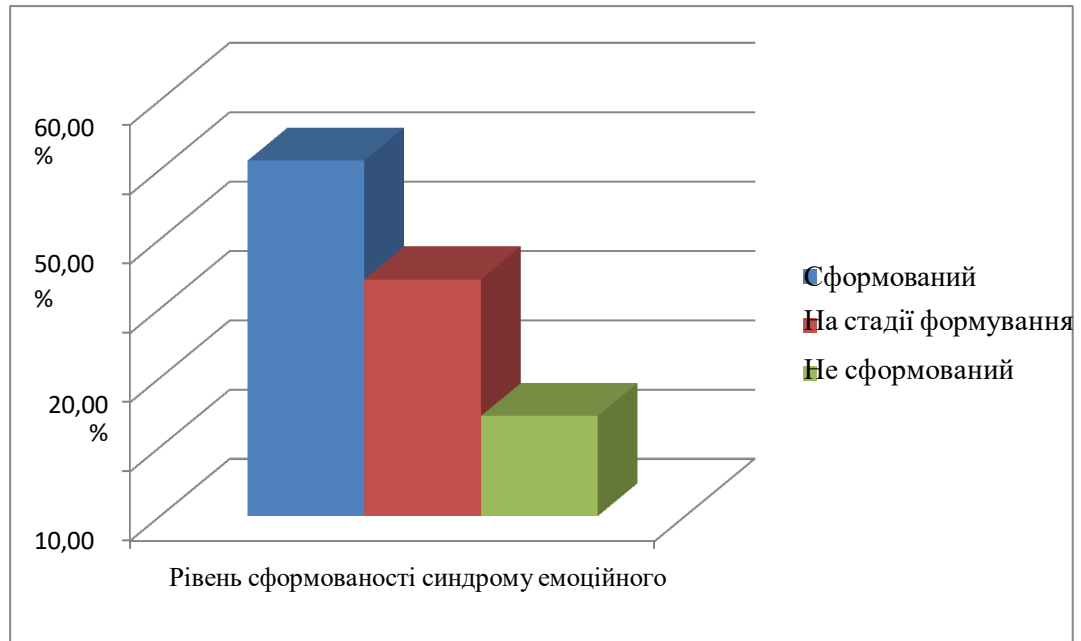


Рис. 2.1. Ступінь розвитку синдрому емоційного виснаження

Поглиблений аналіз результатів дослідження вказує на те, що в структурі професійного вигорання серед медичних працівників найбільш вираженою є фаза виснаження, що складає 41,34% від загальної кількості досліджених осіб. Цей етап вигорання характеризується значним емоційним та фізичним виснаженням, коли медичні працівники починають відчувати себе виснаженими, як морально, так і фізично. Вони часто переживають негативні емоції, такі як стрес, розчарування та апатія, що поступово пригнічують їхній загальний стан і серйозно впливають на їхню здатність до ефективної роботи.

Ці негативні емоції не лише знижують енергетичний потенціал працівників, але й ослаблюють їхню фізіологічну та психоемоційну витривалість. Лікарі та медичні працівники, що стикаються з цим етапом вигорання, часто відчують постійну втому, що не проходить навіть після відпочинку, а також зниження здатності до мотивації та ентузіазму в роботі. Це призводить до погіршення якості надання медичних послуг, а також може мати серйозні наслідки для їхнього психологічного та фізичного здоров'я в довгостроковій перспективі.

Ми виявили, що середньогруповий показник фази резистентності склав 37,17%. Для медичного персоналу, який має ознаки професійного вигорання на цій стадії, характерна певна вибірковість у спілкуванні (емоційна сухість, байдужість і зневага до виконання своїх професійних та інших обов'язків), намагання полегшити або спростити виконання власної роботи, бажання для усамітнення, зниження напруги та емоційної напруги в процесі роботи, деяке обмеження спілкування з рідними та друзями, прагнення до психологічної розради.

Аналіз емпіричних даних показав, що фаза стресу є найменш вираженою з фаз емоційного виснаження (21,49%). Характеризується усвідомленням основних психотравмуючих факторів діяльності, а якщо уникнути їх не вдається, відбувається накопичення роздратування та обурення у медичного персоналу (табл. 2.4, рис. 2.2).

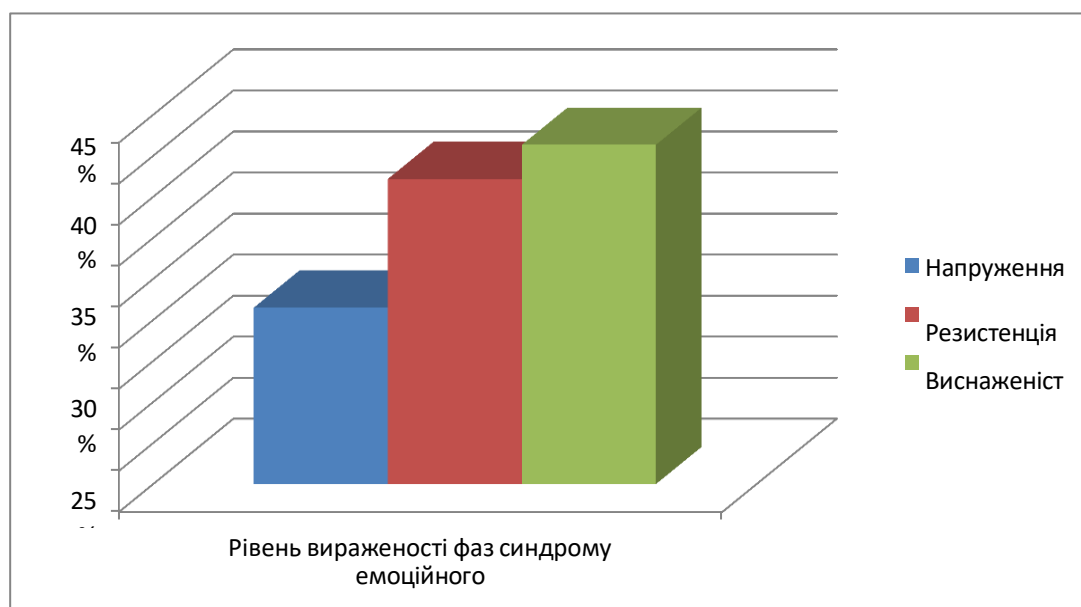


Рис. 2.2. Вираженість фаз синдрому емоційного виснаження

Узагальнення результатів, представлених на рисунку 2.3, дозволяє зробити висновок, що серед медичних працівників експериментальної групи найбільш вираженими симптомами емоційного виснаження є кілька ключових проявів, що пов'язані з різними фазами професійного вигорання.

Перш за все, виявлено, що на фазі **резистентності** домінують симптоми, які свідчать про початок психологічного захисту та емоційну відстороненість. Зокрема, **неадекватне вибіркове емоційне реагування** (середнє значення 10,47) є одним із основних симптомів цієї фази, що свідчить про те, що медичний персонал починає реагувати на ситуації, що виникають, з надмірною емоційною закритістю або невідповідними емоційними реакціями. Це знижує ефективність їхнього професійного спілкування з пацієнтами та колегами.

Додатково, симптом **емоційно-моральної дезорієнтації** (середнє значення 9,3) відображає зміни в ціннісних орієнтирах і мотивації медичних працівників, що можуть призвести до розчарування у професії, втрати сенсу роботи і зниження моральних стандартів у процесі виконання своїх обов'язків.

Що стосується фази **виснаження**, то тут домінують такі симптоми, як **емоційний дефіцит** (середнє значення 11,7) і **емоційна відстороненість** (середнє значення 9,62). Це свідчить про значне зниження емоційної залученості та інтересу до роботи, що є результатом тривалого стресу та професійного виснаження. Працівники, які переживають ці симптоми, зазвичай втрачають здатність до емоційної підтримки пацієнтів, що впливає на якість надання медичних послуг.

Нарешті, найбільш вираженим симптомом, що формує синдром виснаження, є **психосоматичні та психовегетативні розлади** (середнє значення 14,34), які проявляються в фізичних симптомах, таких як головні болі, порушення сну, підвищений тиск або інші вегетативні порушення, що є прямим наслідком тривалого емоційного і фізичного перевантаження.

Усі ці симптоми разом формують комплексний синдром емоційного вигорання, що негативно впливає на здоров'я медичних працівників і може спричинити серйозні наслідки, такі як зниження продуктивності, розвиток професійної деформації і психосоматичних хвороб.

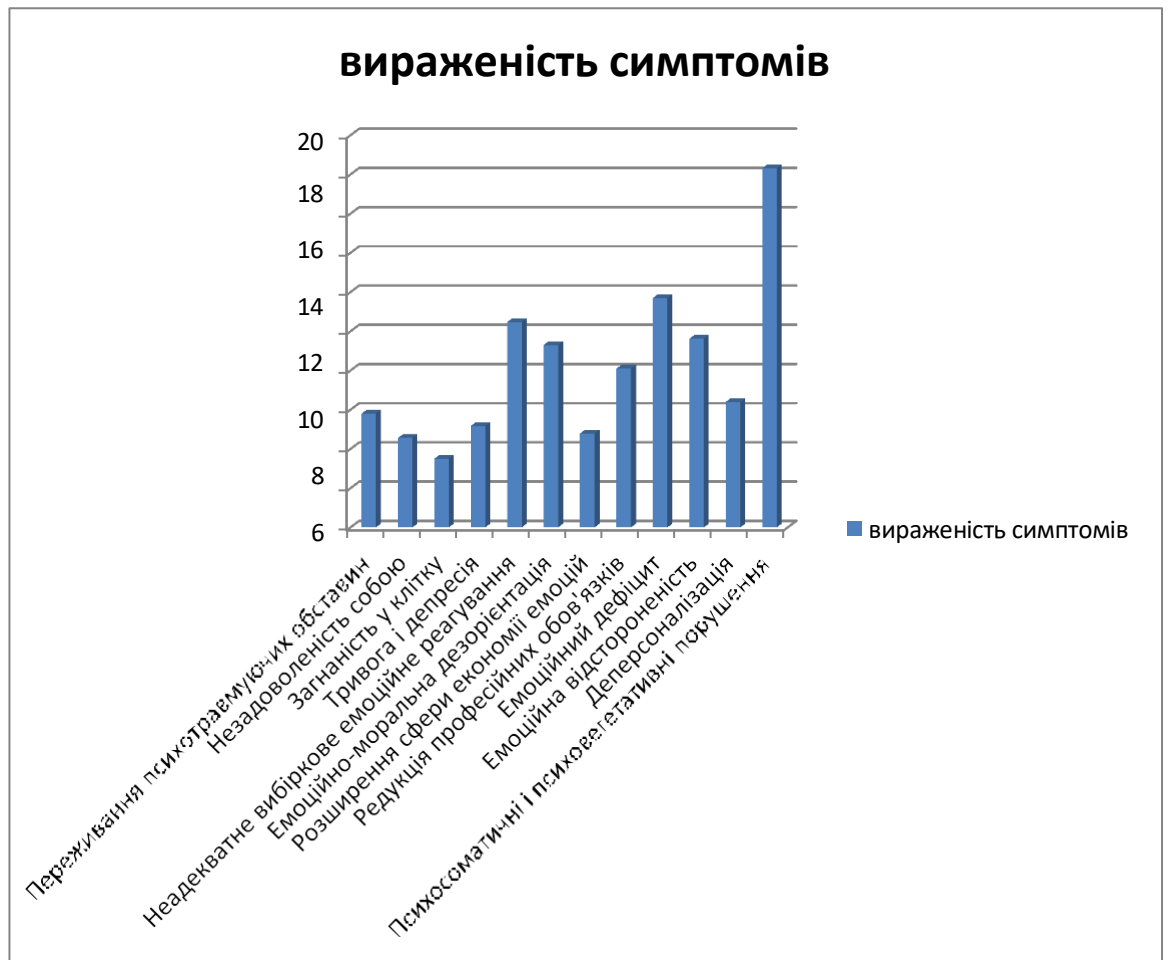


Рис.2.3. Вираженість симптомів емоційного вигорання серед медичного персоналу

На нашу думку, високий рівень психосоматичних та психовегетативних розладів є дуже інформативним, але й досить тривожним з точки зору прогнозування подальшого психофізичного функціонування лікарів, які зараз працюють з хворими на Covid-19. Вважаємо також за необхідне підкреслити, що в підгрупі з підготовленими СЕВ абсолютна більшість (92,3%) – це працівники перепідготовлених соматичних служб, що свідчить про більшу стійкість до впливів працівників відділень інтенсивної терапії та реанімації. стрес через специфіку їх роботи в «домодерну» епоху.

При інтерпретації результатів дослідження ми ставили головну мету визначити вираженість симптомів емоційного виснаження, дотримуючись підходу В.В.Бойка. Показники тяжкості класифікували за трьома ознаками: а) домінуючий симптом; б) сформований симптом; в) симптом знаходиться в стадії формування.

Таблиця 2.5.

Вираженість емоційного вигорання серед медичного персоналу (%)

Симптоми	Вираженість симптомів емоційного вигорання		
	На стадії формування	Сформований	Домінуючий
Переживання психотравмуючих обставин	33,7	19,84	46,43
Незадоволеність собою	37,62	28,17	34,21
Загнаність у кут	62,41	28,92	8,67
Тривога і депресія	60,47	29,4	10,13
Неадекватне вибіркове емоційне реагування	31,99	16,71	51,3
Емоційно-моральна дезорієнтація	37,63	23,24	39,13
Розширення сфери економії емоцій	56,11	26,36	17,53
Редукція професійних обов'язків	42,43	24,47	33,1
Емоційний дефіцит	25,25	35,61	39,14
Емоційна відстороненість	26,39	29,89	43,72
Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	55,61	21,21	23,18
Психосоматичні і психовегетативні порушення	12,67	19,1	68,23

За результатами дослідження, симптом **неадекватно-вибіркового емоційного реагування** є досить поширеним серед медичних працівників, оскільки він переважає у 51,3% респондентів. Це свідчить про те, що більше половини медичного персоналу вже на певному етапі професійного вигорання починає демонструвати реакції, які не відповідають ситуації або є вибірковими. У 16,71% випадків цей симптом вже сформований, що вказує на наявність значних труднощів у контролюванні емоційних реакцій, які стають менш адекватними та більш автоматизованими. У 31,99% респондентів симптом знаходиться на стадії формування, тобто вони лише починають демонструвати вибіркові емоційні реакції, що можуть негативно впливати на їх професійну діяльність.

Цей симптом може проявлятися через **розмите сприйняття межі між емоціями та їх економічною репрезентацією**. Це означає, що медичні працівники можуть почати мати труднощі в оцінці своїх емоційних реакцій, а також не завжди можуть чітко відрізнити адекватну емоційну реакцію на ситуацію від зниженої або надмірно вибіркової. Внаслідок цього виникає певна **емоційна сплутаність**, де медичні працівники можуть реагувати на стресові чи складні ситуації або через надмірну емоційну відчуженість, або, навпаки, з надмірною емоційною реакцією, що ускладнює взаємодію з пацієнтами та колегами.

Таке «розмите» сприйняття межі між емоціями та вибірковою емоційною реакцією може негативно позначитися на професійному середовищі. Наприклад, медичний працівник, що переживає цей симптом, може виявляти байдужість чи надмірну емоційну відповідь на стандартні ситуації, що веде до зниження ефективності комунікації з пацієнтами або навіть колегами. Такі зміни можуть погіршити якість надання медичних послуг та спричинити додаткове емоційне напруження як у працівників, так і в пацієнтів.

Симптом **емоційної відстороненості** є одним із ключових проявів професійного вигорання і спостерігається у 43,72% лікарів, які брали участь

у дослідженні, що свідчить про те, що ця проблема є поширеною серед медичних працівників. У 29,89% випадків цей симптом уже сформувався, а у 26,39% знаходиться на стадії формування, тобто з'являється лише початкове відчуття емоційного відчуження в професійній діяльності.

Емоційна відстороненість проявляється в тому, що медичний працівник поступово виключає емоції з процесу своєї професійної діяльності. Це означає, що лікар стає емоційно «відключеним» від пацієнтів, колег і ситуацій, з якими стикається в роботі. Він може почати виконувати свої обов'язки механічно, подібно до «робота», без внутрішнього емоційного залучення до процесу. Це відчуття байдужості до подій, що відбуваються в робочому середовищі, може призвести до того, що професійні ситуації перестають викликати в лікаря будь-які емоційні реакції — як позитивні, так і негативні.

Однак, незважаючи на таку емоційну відстороненість в професійній діяльності, лікар може зберігати здатність переживати емоції в інших аспектах свого життя. Наприклад, він може продовжувати вести нормальне соціальне життя поза межами роботи, бути емоційно відкритим у сімейних чи особистих стосунках. Така двоїстість — відсутність емоцій у роботі при наявності емоцій у приватному житті — свідчить про те, що лікар, хоча і «відключає» свої емоції в професійному контексті, намагається зберегти їх в інших сферах, де він може бути більш відкритим і чутливим.

Цей симптом є тривожним сигналом, оскільки емоційна відстороненість знижує рівень співчуття та уваги до пацієнтів, що в кінцевому підсумку може вплинути на якість медичних послуг, а також на психоемоційний стан самого медичного працівника, погіршуючи його здатність справлятися з професійними стресами і підтримувати ефективні міжособистісні стосунки на роботі.

Симптом емоційного дефіциту спостерігається на стадії становлення у 25,25 осіб, у 35,61% респондентів він сформований, займає домінуюче положення — у 39,14%. Проявляється зниженням здатності до співчуття і

співпереживання колегам і пацієнтам, відчуттям безпорадності по відношенню до оточення, прогресуючим проявом різкості, роздратування, грубості, образливості в поведінці і зникненням позитивних емоцій.

Встановлено, що скорочення професійних обов'язків є у 42,43% лікарів на етапі навчання, домінує у 33,1% осіб та здійснюється у 24,47% лікарів. Симптом характеризується зниженням мотивації діяльності та ознаками напруженості в поведінці. Спеціаліст намагається швидше виконувати поставлені завдання, що призводить до поверховості діяльності та зниження емоційних витрат.

Встановлено, що симптом емоційно-моральної дезорієнтації домінує у 39,13% обстежених медперсоналу, у 37,63% він перебуває у фазі навчання та у 23,24% у тренуванні. Цей симптом є досить поширеним явищем у системі службових відносин.

Дезорієнтація проявляється в певному нівелюванні моральних норм і принципів медичного персоналу, таких як чесність, порядність, доброзичливість, повага до прав інших і т. д. У взаємодії з колегами при виконанні професійних обов'язків самовиправдовується ставлення до свого власні дії та вчинки можливі. Т. Колдубовська, спираючись на результати дослідження професійного вигорання працівників міліції, стверджує, що емоційно-моральна дезорієнтація є моральною вадою, за наявності якої підвищується ймовірність зневажливого ставлення до суб'єктів діяльності, холодності та байдужості до виконання службових обов'язків. формується службових обов'язків [29].

Встановлено, що ознака розширення сфери емоційної економії знаходиться на стадії формування у 56,11% досліджуваних, сформована у 17,53% і визначається як домінантна у 26,36%. Вона проявляється в замкнутості та обмеженні кола спілкування.

Також варто звернути увагу на симптом психотравмуючих обставин, який проявляється в усвідомленні впливу професійних чинників та особливостей роботи під час пандемії Covid-19 на особистість фахівця та

неможливість на них вплинути. Такий дисонанс викликає внутрішній конфлікт і сприяє прояву негативних емоційних реакцій, таких як роздратування, гнів і відчай.

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що домінуючими та яскраво вираженими симптомами емоційного виснаження серед медичного персоналу, залученого до лікування хворих на Covid-19, є неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційний дефіцит, емоційне дистанціювання, зниження професійних завдань, психосоматична поведінка. психоемоційні розлади та переживання психотравмуючих обставин. Також на стадії формування перебувають симптоми обвинуваченого, тривожно-депресивний стан, деперсоналізація та розширення діапазону рятівних емоцій.

Для визначення ступеня суб'єктивного контролю ми використовували шкалу локусу контролю Дж. Роттера.

Аналіз емпіричних даних, результати якого представлені на рис. 2.4. показали, що за шкалою загальної інтернальності (Із) найменш вираженим серед досліджуваних є показник зовнішнього локусу контролю (26,83%), який відображає схильність людини пояснювати те, що вона переживає, а також особисту поведінку шляхом зовнішні фактори - обставини, поведінка інших людей і т.д. конформіст, схильний до агресії та схильний до соціального впливу, особливо впливу ЗМІ. Через неможливість вплинути на хід подій виникає безпорадність і зниження пошукової активності. Вони хороші виконавці, які ефективно працюють під контролем інших людей, не вміють проявляти ініціативу в критичних ситуаціях і приймати відповідальні рішення. Внутрішній локус контролю за цією шкалою діагностований у 73,17% медичного персоналу. Цей показник характеризує особистісну зрілість досліджуваних. Для людей з внутрішнім локусом контролю характерні впевненість у собі, послідовність і наполегливість у досягненні мети, схильність до самоаналізу, доброзичливість і незалежність. Вони продуктивніше працюють не в команді, а поодиноці, активніше шукають

інформацію, успішніше в ініціативній роботі, не бояться ризикувати.

На наш погляд, цікаво порівняти дані за шкалами інтернальності в області успіхів (Id) і інтернальності в області невдач (In). За шкалою Id інтернальність визначили 69,11%, екстернальність – 30,89% респондентів. За шкалою In це 76,58% та 23,42% лікарів відповідно. Як показують результати тестування, медичний персонал більше схильний пояснювати свої успіхи зовнішніми факторами та нести більше відповідальності за невдачі, що може бути пов'язано з рівнем самооцінки, але пояснення можуть лежати в чітко регламентованому плані. за протоколами роботи медичного персоналу та їх підвищена щоденна персональна відповідальність за здоров'я та життя кожного пацієнта.

Аналіз даних дослідження виявив значення, близькі до результатів за шкалами, що відображають інтернальність-екстернальність у стосунках між людьми: а) у сфері сімейних стосунків (Is), б) у сфері трудових стосунків (Iv), в) у сфері міжособистісних стосунків (Im), - де значення за шкалами «Є» та «Ім» відрізняються менш ніж на 0,5% (різниця, яку можна вважати незначний): внутрішній локус 67,23% за шкалою «Є». шкалою та 66,79% за шкалою Im, а також 32,77% та 33,21% зовнішнього локусу за відповідними шкалами. За IV шкалою внутрішній локус контролю дещо нижчий, значення становить 62,79%, зовнішній локус контролю – 37,21%. Вважаємо, що це пов'язано зі специфікою роботи в медицині, зі структурою професійних відносин, які є ієрархічними та чітко субординованими.

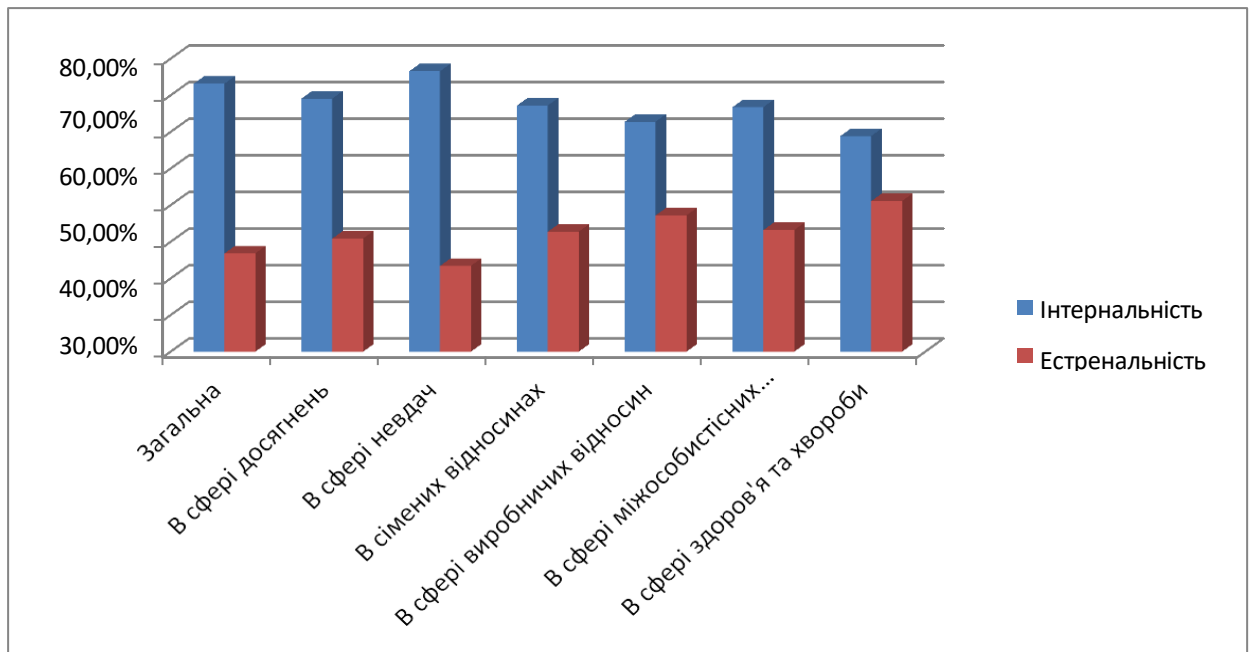


Рис.2.4. Рівні локусу контролю медичних працівників за шкалами

Найнижчий показник інтернальності та, відповідно, найвищий показник екстернальності за даними досліджень відноситься до шкали інтернальності в області здоров'я та хвороби (Іж): внутрішній локус.

Контроль – у 58,89% опитаних лікарів, зовнішній – у 41,11%. Такі дані викликають питання, чи є подібне ставлення до здоров'я та хвороби результатом професійного досвіду в цілому, чи, можливо, досвід роботи з хворими на Covid-19 спричинив таку самовпевненість, тоді як звичайна впевненість медичних працівників у здатність до високої ініціативи та відповідальності за власне здоров'я.

Для дослідження поведінки медичного персоналу щодо подолання стресу використовувався Опитувальник стратегій подолання (WCQ) Р. Лазаруса в адаптації Т. Крюкової, О. Куфтяк і М. Замишляєва.

Підсумок даних, наведених на рисунку 2.5, показує, що в даний час медичні працівники найчастіше використовують такі стратегії управління стресом при лікуванні пацієнтів з Covid-19: уникнення (57,81%), відстороненість (65,30%) і самоконтроль (59,72%), що корелює з високими показниками таких симптомів синдрому емоційного виснаження, як

емоційно-моральна дезорієнтація, дефіцит емоційної дезорієнтації та емоційна відстороненість.

Стратегія дистанційної адаптації виражається в когнітивних зусиллях людини дистанціюватися від ситуації та зменшити її значущість. Копінг-стратегія уникнення (втечі) - це уявне бажання і поведінкові зусилля людини, спрямовані на уникнення контакту з навколишньою дійсністю і тим самим віддалення від вирішення проблеми. Можуть використовуватися методи пасивного уникнення, такі як занурення в хворобу або вживання алкоголю та інших психоактивних речовин. Стратегія самоконтролю передбачає спроби подолати негативні переживання, пов'язані з проблемою, шляхом свідомого придушення і стримування емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації і сильного контролю над поведінкою. Занурення в себе Е.Фрайденберг і Р.Льюїс відносять неухвалення, страх, відмову діяти та уникнення до непродуктивних копінг-стратегій.

Стратегію звернення за соціальною підтримкою до медичного персоналу ми діагностували у 24,11%. Ця стратегія передбачає спроби вирішення проблеми шляхом залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів та пошуку інформаційної, емоційної та ефективної підтримки. Для нього характерна взаємодія з іншими, очікування уваги, поради та підтримки. Відносно низький показник використання стратегії пошуку соціальної підтримки корелює з вираженим симптомом емоційної відстороненості в стадії виснаження в рамках синдрому емоційного виснаження та високим рівнем інтер'єрності в сферах міжособистісних стосунків (Im) і сімейні стосунки (I).

Ми виявили, що стратегія адаптації до вирішення проблеми найменш розвинена в групі досліджуваних лікарів, її використання становить 17,09%. Ця стратегія включає спроби вирішення проблеми шляхом цілеспрямованої поведінкової діяльності, здійснення конкретних дій, спрямованих або на зміну ситуації, або на негативні емоції, пов'язані з ситуацією.

Аналіз емпіричних даних показав, що 49,68% медичного персоналу,

який бере участь у лікуванні пацієнтів з Covid-19, використовують копінг-стратегію «Позитивна переоцінка». Стратегія позитивної переоцінки – це спроба подолати негативний досвід, пов'язаний з проблемою, шляхом її позитивного переосмислення та розгляду як стимулу для особистісного зростання. Характеризується орієнтацією на надособистісне філософське осмислення проблемної ситуації, її інтеграцію в більш широкий контекст роботи індивіда над своїм особистісним розвитком. Використовуючи цю стратегію, людина оцінює ситуацію як позитивну, незалежно від об'єктивних характеристик ситуації та понесених втрат [18].

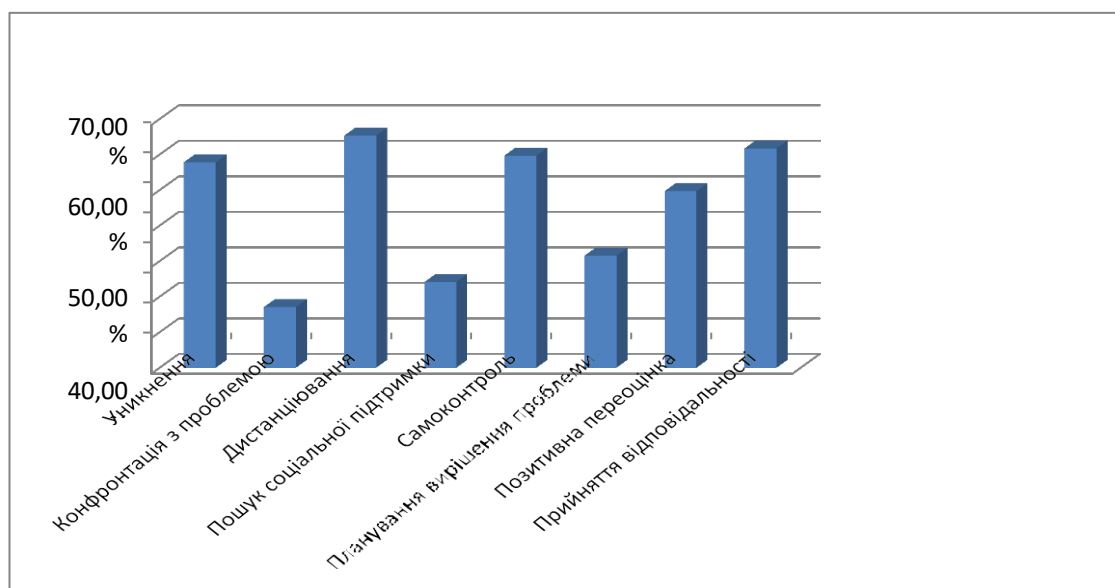


Рис.2.5. Копінг-стратегії медичних працівників

Отримані дані свідчать про те, що рівень використання лікарями копінг-стратегій для планування вирішення проблеми становить 31,54%. Ця стратегія передбачає спроби подолання проблем шляхом цілеспрямованого аналізу ситуації та можливих варіантів поведінки, розробки стратегії вирішення проблеми та планування особистих дій з урахуванням об'єктивних умов, попереднього досвіду та наявних ресурсів. Більшість дослідників вважають стратегію адаптивною та сприяє конструктивному вирішенню труднощів.

Стратегію взяття на себе відповідальності використали 61,74% респондентів. Ця стратегія передбачає усвідомлення суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення, а також часто містить компонент самокритики та самобичування. Високий рівень цієї стратегії поведінки може призвести до невиправданої самокритики, розвитку почуття провини та невдоволення собою. Ці характеристики, у свою чергу, є фактором ризику розвитку депресивних станів.

Для визначення рівня толерантності до невизначеності у досліджуваній групі медичних працівників нами була використана методика визначення толерантності до невизначеності С. Баднера.

Узагальнені результати дослідження наведено на рис. 2.6:

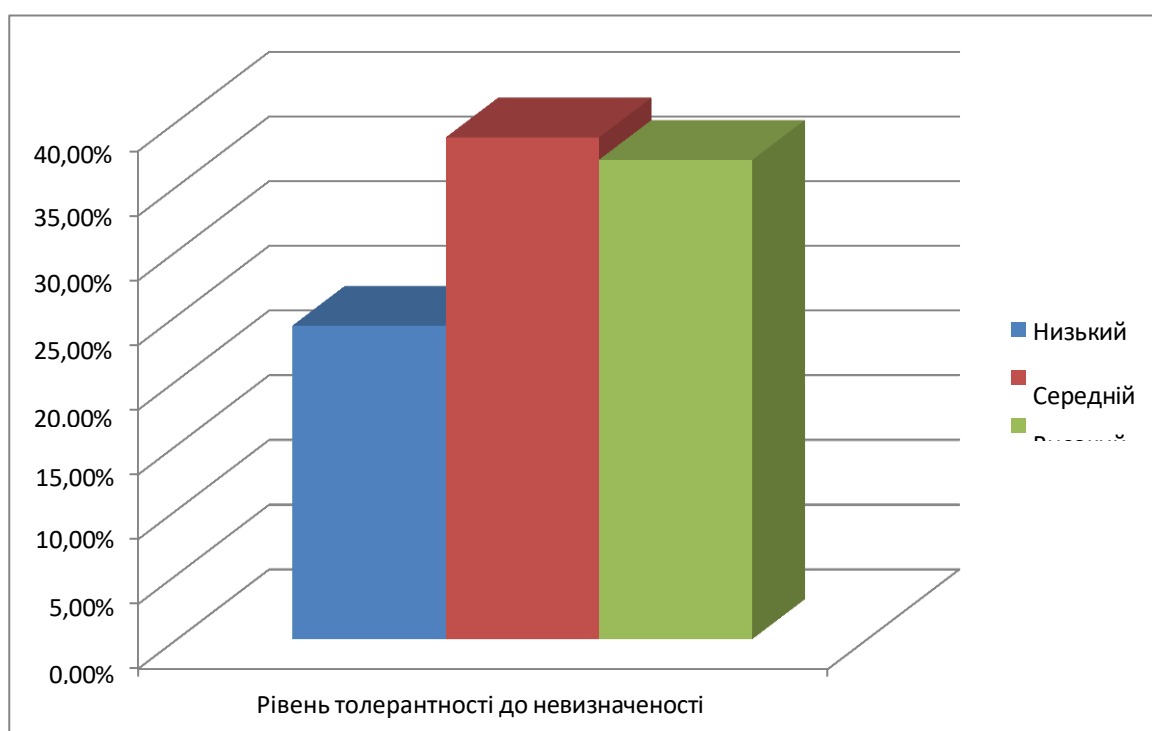


Рис.2.6. Рівень толерантності до невизначеності у медичних працівників

Як показано на графіку, 24,21% респондентів мають низький рівень толерантності до невизначеності, 38,76% мають середній рівень толерантності до невизначеності, а 37,03% опитаних медичних працівників

мають високий рівень толерантності до невизначеності.

Вважаємо за потрібне окремо описати результати порівняльного аналізу толерантності до безпеки серед медичного персоналу терапевтичних відділень, перепідготовлених для лікування хворих на Covid-19, та серед персоналу відділень інтенсивної терапії. Результати представлені на рис. 2.7.

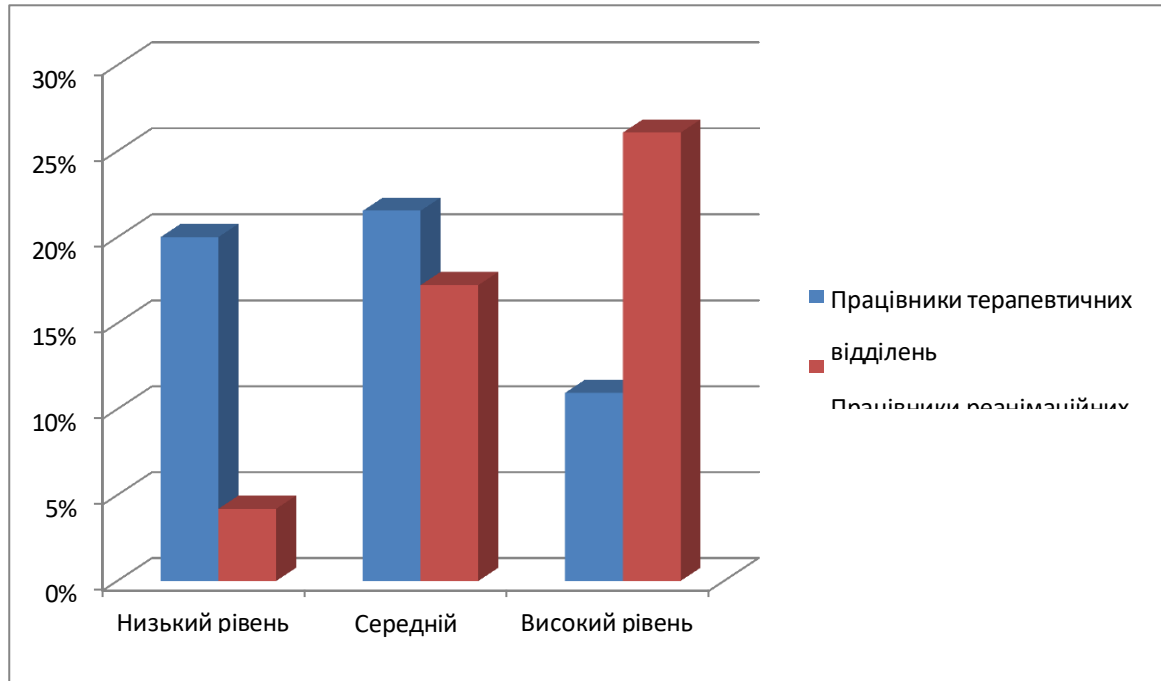


Рис.2.7. Порівняння рівнів толерантності до невизначеності у медичних працівників

Аналіз отриманих даних показує, що медичний персонал перепідготовлених терапевтичних, гастроентерологічних та нефрологічних відділень має значно нижчу толерантність до невизначеності, ніж спеціалісти, які працюють у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії. Дослідження показують такі цифри: серед мед. 20,01% працівників з низькою толерантністю до невизначеності належать до терапевтичних служб; 4,2% – в реанімації; розподіл середнього рівня – 21,54% та 17,22% відповідно; Високий рівень толерантності до невизначеності серед загальної кількості респондентів висловили 26,08% респондентів, які працюють у відділеннях інтенсивної терапії та 10,95% – співробітники служб терапевтичного профілю, тимчасово закріплені за лікуванням пацієнтів з Covid-19. Ми

вважаємо, що професійний досвід сприяє розвитку цієї особистісної якості медичного персоналу відділень інтенсивної терапії: у цих відділеннях спеціалісти постійно стикаються з викликами. Смерть пацієнтів при роботі з хворими у важких і невиліковних станах трапляється значно частіше, ніж серед працівників терапевтичних відділень.

Ми досліджували рівень стійкості та її складові за методикою стійкості С. Мадді в адаптації Д. Леонтьєва. Результати представлені в таблиці 2.6 та на рис. 2.8:

Таблиця 2.6.

Рівень сформованості життєстійкості у медпрацівників

Повідомлення	Рівень освіти	%	Середнє значення
стійкість	Слабкий	4.53	102,64
	Середній	2.31	
	Високий	93.16	
Запис	Слабкий	5,98	43,71
	Середній	2.79	
	Високий	91.23	
КОНТРОЛЬ	Слабкий	2.15	40.21
	Середній	0,98	
	Високий	96,87	
прийняття ризику	Слабкий	6.24	18:46
	Середній	1.33	
	Високий	92,43	

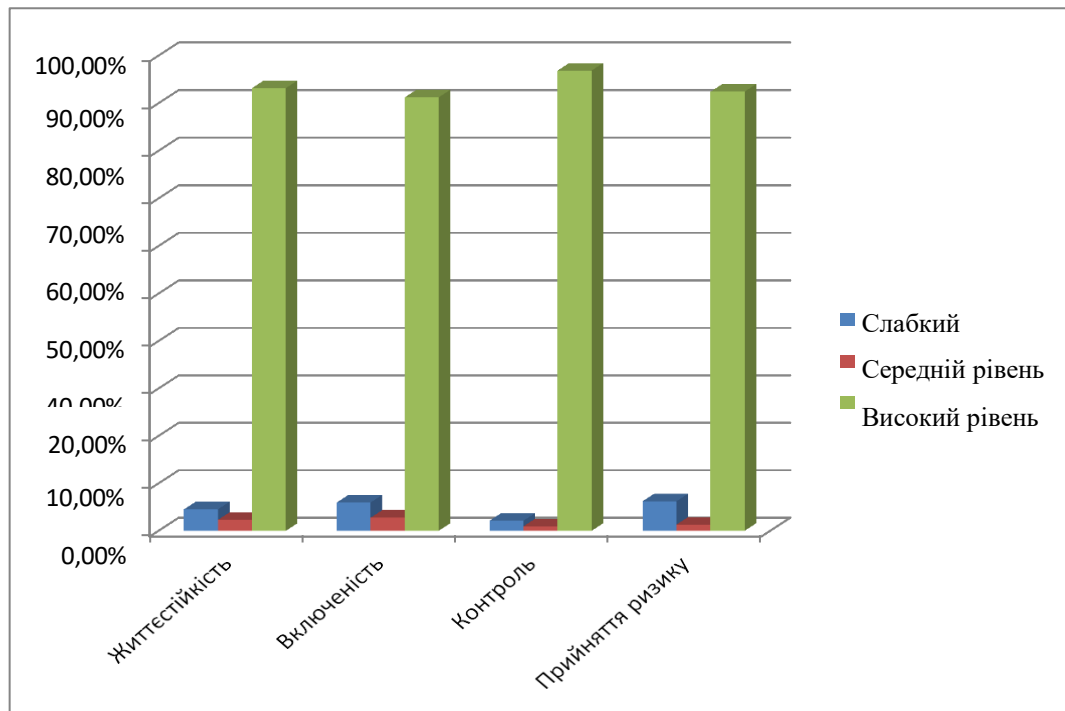


Рис.2.8. Рівень сформованості життєстійкості у медпрацівників

Життєстійкість – фактор, що сприяє індивідуальності людини життєво важливий стиль і допомогти успішному протистоянню негативному впливу стресових факторів. Основним чинником діяльності особистості в особливих умовах діяльності Л. Молчанова вважає стійкість [45].

Рівень системи життєздатності 93,16%, серед медичного персоналу найнижчий показник – 4,53% респондентів, середній – 2,31%. Подальший аналіз даних підтвердив вираженість контрольних показників у лікарів (96,87%), припущення ризик (92,43%), Запис(91,23%). Домінуючими показниками є інклюзивність (43,71) та контроль (40,21), а найменш вираженим є ризик (18,46).

Тому медичні працівники здебільшого активні у всьому, що відбувається навколо них. Наявність надмірного самоконтролю свідчить про прагнення не залишатися бездіяльним і не впливати на те, що відбувається.

Результати кореляційного аналізу свідчать про наявність зв'язків між симптомами синдрому емоційного виснаження та показниками життєздатності: а) загнаність у глухий кут – та життєвість, включеність; б)

переживання психотравмуючих обставин – і життєвість, контроль; в) особиста дистанція – і життєздатність, прийняття ризику, інклюзивність; г) незадоволеність собою – і життєвою силою, включеністю; д) неадекватне вибіркове емоційне реагування та контроль; ф) зниження професійної відповідальності – і інклюзія; г) тривожність і депресія – і схильність до ризику. Отримані дані доводять, що зниження показників життєвого тону, контролю та підвищення показників прийняття ризику та інтеграції сприяють виникненню синдрому емоційного виснаження у працівників медичної сфери.

ВИСНОВКИ РОЗДІЛУ 2

У цьому розділі обґрунтовано комплекс методик для проведення емпіричного дослідження, детально охарактеризовано вибірку учасників, а також проаналізовано рівні синдрому емоційного вигорання, суб'єктивного контролю та життєстійкості медичних працівників, які були задіяні в лікуванні пацієнтів із Covid-19. Особливу увагу приділено аналізу толерантності до невизначеності та копінг-стратегій, які застосовують медики у складних умовах пандемії.

Встановлено, що **більшість медичних працівників**, які працюють у критичних умовах пандемії Covid-19, мають виражені ознаки синдрому емоційного вигорання. Синдром повністю сформований у більш ніж половини досліджуваних, що свідчить про значне професійне та емоційне навантаження. У структурі вигорання домінує **фаза виснаження**, яка характеризується психофізичним та емоційним спустошенням, тоді як найменш вираженою є **фаза напруження**, що відповідає початковим проявам стресу.

Серед основних симптомів, які чітко проявляються у медичних працівників, відзначено:

Неадекватне вибіркове емоційне реагування – зниження емоційної гнучкості, що призводить до спрощеного або нерівномірного прояву емоцій.

Емоційний дефіцит – зменшення інтенсивності емоційного сприйняття та реагування.

Емоційна відстороненість – відчуженість, яка виражається у втраті емоційного залучення до пацієнтів і колег.

Редукція професійних обов'язків – зниження відповідальності за виконання професійних завдань.

Психосоматичні та психоемоційні порушення – прояви, які включають фізичні симптоми (головний біль, підвищений тиск) і психологічні розлади (тривожність, депресивні стани).

Переживання психотравмуючих обставин – глибокий стрес від роботи в умовах пандемії.

На стадії формування перебувають такі симптоми, як **загнаність у кут, тривога і депресія, деперсоналізація та розширення сфери економії емоцій.**

Дослідження показало, що медичні працівники, які лікують пацієнтів із Covid-19, демонструють низький рівень **екстернального локусу контролю**, що свідчить про схильність приписувати зовнішнім чинникам власні досягнення. Водночас за невдачі вони частіше беруть відповідальність на себе.

У сфері міжособистісних, сімейних і професійних відносин більшість медичних працівників мають **інтернальний локус контролю**, тобто вони вірять у власну здатність впливати на ці сфери. Однак у сфері здоров'я та хвороби спостерігається найнижчий рівень інтернальності, що вказує на те, що медики більше покладаються на зовнішні обставини.

Найчастіше медичні працівники використовують такі стратегії подолання стресу:

Уникнення – ухилення від проблем або їх вирішення.

Дистанціювання – емоційне або когнітивне віддалення від проблемної ситуації.

Самоконтроль – утримання емоцій і зосередження на раціональному підході.

Найменш поширеною є стратегія **конфронтації**, яка передбачає пряме і активне вирішення проблеми.

Медичні працівники мають переважно **середній та високий рівень толерантності до невизначеності**, що є важливим показником їхньої психологічної стійкості. Однак персонал перепрофільованих відділень (терапії, гастроентерології, нефрології) демонструє значно нижчий рівень толерантності до невизначеності порівняно з колегами з відділень реанімації

та інтенсивної терапії. Це може бути пов'язано з різним рівнем підготовки до роботи в кризових ситуаціях.

У більшості медичних працівників виявлено високий рівень **життєстійкості**, зокрема таких її компонентів:

Включеність – здатність відчувати себе частиною процесу.

Контроль – віра у власну здатність впливати на події.

Прийняття ризику – найменш виражений показник, що свідчить про обережність і прагнення до стабільності.

Отримані результати свідчать, що **зниження рівня життєстійкості, контролю та підвищення показників включеності й прийняття ризику** сприяють формуванню синдрому емоційного вигорання. Це підтверджує необхідність підтримки медичних працівників через розробку спеціалізованих програм психологічної допомоги та підвищення їхньої стресостійкості.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ З ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Реалізація комплексу заходів з профілактики синдрому професійного вигорання

На сьогодні питання професійного вигорання залишаються недостатньо вивченими та викликають значну наукову дискусію. Згідно з літературними джерелами, існує неоднозначність у трактуванні структури цього синдрому. Зокрема, недостатньо чітко розмежовані поняття професійного (емоційного) вигорання та схожих станів, таких як синдром хронічної втоми, акцентуації характеру чи інші психічні зміни. Це ускладнює розуміння феномену та його діагностику.

Питання валідної оцінки симптомів професійного вигорання також залишається актуальним. Сучасні методи діагностики здебільшого базуються на використанні опитувальників для визначення рівня емоційного вигорання. Однак, такий підхід має свої недоліки, оскільки результати значною мірою залежать від суб'єктивних оцінок респондентів, що може впливати на об'єктивність дослідження.

Для профілактики професійного вигорання багато дослідників рекомендують дотримуватися низки заходів, серед яких: об'єктивна оцінка власних можливостей, постійний саморозвиток, активний відпочинок у вільний час, використання технік релаксації, формування навичок саморегуляції та підтримання фізичної активності. Однак, ці рекомендації часто є узагальненими, не враховують індивідуальні особливості лікаря, що знижує ефективність їх впровадження у практику.

Варто зазначити, що, окрім організаційних чинників, на розвиток професійного вигорання значно впливають індивідуально-психологічні

характеристики працівників. За даними численних досліджень, серед особистісних рис, що підвищують ризик розвитку професійного вигорання, виділяють:

- **Високу емоційну лабільність**, яка робить людину більш вразливою до стресів;
- **Підвищений рівень самоконтролю**, особливо коли він супроводжується придушенням негативних емоцій;
- **Схильність до раціоналізації власних дій**, що може ускладнювати усвідомлення особистих емоційних потреб;
- **Підвищену тривожність і схильність до депресивних станів**, які виникають унаслідок недосягнення високих внутрішніх стандартів;
- **Ригідність особистісної структури**, що обмежує здатність адаптуватися до змін;
- **Інтровертність**, яка може зменшувати рівень соціальної підтримки.

Лікарі з підвищеним рівнем тривожності часто прагнуть уникати емоційних переживань, намагаючись повністю виключити емоції з професійної діяльності. Проте така стратегія призводить до емоційного виснаження, яке виходить за межі професійної сфери. Це в свою чергу може викликати відчуття розчарування у професії та зниження впевненості у власних професійних компетенціях.

З огляду на зазначені аспекти, перспективою нашого дослідження є розробка та впровадження інтегрованого комплексу заходів із профілактики професійного вигорання. Для цього планується створення та апробація спеціалізованого тренінгового курсу, спрямованого на підвищення стійкості до стресу, формування навичок емоційної регуляції, покращення міжособистісної взаємодії та розвиток індивідуального підходу до запобігання вигоранню. Тренінг буде адаптований до потреб медичних працівників із врахуванням як організаційних, так і особистісних чинників, що сприяють розвитку синдрому професійного вигорання.

Тренінг «Профілактика професійного вигорання серед медичного персоналу»

Пояснювальна записка. У сучасному світі багато людей прагнуть максимально реалізувати свій трудовий потенціал, і кожен роботодавець зацікавлений у працівниках, які не лише добре виконують свою роботу, але й постійно прагнуть до особистісного розвитку. В особливості це стосується медичного персоналу, зокрема медичних сестер, які в сучасних умовах часто опиняються в стресовому середовищі, стикаються з емоційними напруженнями, переживають чужі емоційні труднощі, виступають у ролі «смішників» або «мішеней» для агресії та роздратування. Така робота змушує їх взаємодіяти з негативними емоціями пацієнтів і колег, що може мати значний вплив на психоемоційний стан медичного персоналу.

Згідно з психологічними дослідженнями, психіка людини природно схильна до «зараження» емоціями інших людей, що, зокрема, призводить до того, що медичні працівники активно переживають емоційні стани пацієнтів, що відображається на їхньому власному фізичному та психологічному здоров'ї. Це може спричинити стрес, емоційну напругу, а в довгостроковій перспективі – професійне вигорання, що негативно позначається на їхній працездатності та загальному благополуччі.

Таким чином, профілактика синдрому професійного вигорання є надзвичайно важливою для забезпечення ефективної роботи медичних працівників. Запропонований тренінг «Профілактика професійного вигорання серед медичного персоналу» покликаний підвищити психологічну компетентність медичних працівників. Тренінг надасть можливість освоїти методи самовідновлення, а також розвинути навички надання психологічної підтримки як собі, так і своїм колегам.

Програма тренінгу спрямована на надання психологічної допомоги учасникам для глибшого самопізнання, прийняття себе з усіма своїми сильними та слабкими сторонами. Це дозволить учасникам формувати або відновлювати позитивну «Я-концепцію», що є важливим фактором для запобігання вигоранню та підтримки психоемоційної стійкості в умовах

стресової професійної діяльності. Тренінг охоплює техніки релаксації, саморегуляції, а також методи емоційної підтримки, що дозволяють ефективно відновлювати емоційний баланс і знижувати ризики, пов'язані з професійним вигоранням.

Мета тренінгу: Ознайомити учасників з поняттям професійного вигорання, його причинами, етапами розвитку, симптомами та ефективними способами подолання цього стану.

Згідно з поставленою метою, були сформульовані наступні завдання:

1. Зниження рівня тривожності та напруженості на різних етапах вигорання шляхом роботи з власними емоціями.
2. Формування усвідомлення внутрішніх і зовнішніх позицій при взаємодії з психоемоційним станом, а також підвищення стресостійкості.
3. Розвиток позитивного образу власного «Я» та навичок самопізнання.
4. Створення атмосфери, яка сприятиме профілактиці професійного вигорання.

Принципи тренінгу:

- **Принцип добровільної участі.** Учасники мають право вільно вибирати свою участь у кожному з етапів тренінгу.
- **Принцип самодіагностики.** Учасники навчаються самостійно оцінювати свій емоційний стан і процеси вигорання.
- **Принцип відкритої взаємодії.** Взаємодія між учасниками базуватиметься на принципах поваги, емпатії та довіри, що забезпечить ефективне міжособистісне спілкування.

Методи та форми, які будуть використовуватися під час занять:

- Міні-лекції
- Бесіди-дискусії
- Групова та індивідуальна робота
- Релаксація м'язів
- Релаксаційні вправи

- Методики арт-терапії

Обладнання:

- Папір, олівці, фарби
- Стільці
- Іграшки
- Ножиці, клей
- Кошик для сміття
- Ватман

Організація занять:

Тренінгова програма триватиме 1 місяць, складається з 4 занять, кожне тривалістю 1–1,5 години. Заняття проводитимуться два рази на тиждень.

Заняття

№

1

Мета: Ознайомлення з феноменом емоційного та професійного вигорання, його проявами в роботі медичних працівників, а також освоєння методів самодіагностики.

Завдання:

- Ознайомлення тренера з учасниками тренінгової групи.
- Створення атмосфери безпеки та комфорту для участі в тренінгу.
- Визначення запитів учасників тренінгу для кращого орієнтування в їх потребах.
- Узгодження правил спільної роботи для ефективної взаємодії.
- Формування уявлення про сутність феномена емоційного вигорання та вивчення проявів його ознак, а також визначення причин незадоволення професійною діяльністю.
- Аналіз власних джерел негативних емоцій на роботі, визначення ресурсів для покращення професійної діяльності та напрямків для особистісного і професійного зростання.
- Зняття емоційної напруги через вираження накопичених негативних емоцій та отримання психологічної підтримки.

Вправа «Тренінгове ім'я»

Мета: Знайомство учасників та зниження емоційної напруги в групі.

Хід роботи: Учасникам пропонується вигадати собі псевдонім, за яким до них звертатимуться інші учасники протягом тренінгу.

Ухвалення правил групової роботи:

Правила взаємодії в групі визначаються через обговорення запропонованих принципів, зазначених в інформаційних матеріалах тренінгу.

- **Конфіденційність:** Все, що обговорюється під час заняття, залишається в групі.
- **«Я»-висловлювання:** Учасники висловлюються тільки про власні почуття і досвід.
- **Без оцінок:** Різні точки зору вітаються, але ніхто не має права оцінювати інших учасників. Обговорення стосується тільки дій, критика має бути конструктивною.
- **Право на помилку:** У тренінгу немає правильних чи неправильних дій і суджень – важливий сам процес.
- **Повага до іншого:** Під час виступу одного учасника інші мовчать, не перебиваючи.
- **Правило «Стоп»:** Якщо обговорення стає неприємним для когось, учасник може сказати «Стоп» і закрити тему.
- **Добровільність:** Учасники можуть брати участь у вправах на власний розсуд.
- **Активність:** Більш активні учасники, як правило, отримують більше користі від тренінгу.

Всі ухвалені правила записуються на дошці або на ватмані. Можна також запропонувати додаткові правила.

Очікувані результати:

Учасникам роздаються стікери, на яких вони записують свої очікування від тренінгу. Потім стікери приклеюються на фліпчарт. Приклади очікувань:

1. Актуалізація почуттів, пов'язаних із професійними обов'язками.

2. Зниження емоційної напруги, що виникає через вигорання.
3. Набуття навичок емоційної саморегуляції.
4. Формування позитивного ставлення до професійної ідентичності.

Вправа «Льодокол»

Мета: Зниження напруги та сприяння взаємному знайомству в групі.

Хід роботи: Учасникам пропонується назвати свою улюблену тварину, страву, колір або поділитися своїм захопленням. Це дозволяє зняти початкову напругу та створити більш відкриту атмосферу.

Коментарі для тренера: Після обговорення правила групової роботи повинні бути прийняті усіма учасниками. Важливо, щоб кожен зрозумів, що це не просто формальні правила, а норми, які дозволяють ефективно використовувати час, сприяють продуктивній роботі над собою та допомагають досягти основної мети тренінгу.

Інформування:

Міні-лекція «Профілактика емоційного та професійного вигорання та підтримка психічного здоров'я»

Мета: Формування розуміння про суть феномена емоційного вигорання та аналіз його основних ознак і проявів.

Заняття №2

Мета: Створити умови для того, щоб учасники навчилися методам психічної саморегуляції, відновили свої внутрішні ресурси, усвідомили свої проблеми та шляхи їх вирішення, досягли нервово-психічної рівноваги.

Хід заняття: Учасники висловлюють свої очікування від тренінгу, обговорюють зміни, що сталися за тиждень.

Вправа «Зіпсований телефон» (розминка)

Мета: Активізувати увагу учасників, зняти втому, підвищити настрій та продемонструвати важливість концентрації на пріоритетах.

Процедура: Учасники збираються разом з тренером. Тренер: «Кожен з вас має придумати простий рух, що повторюється (наприклад, рухи з ранкової гімнастики). Всі вигадали? Тепер подивіться на

сусіда зліва. Ви будете уважно спостерігати за його рухами і запам'ятовувати їх, а потім повторювати. Я теж беру участь і рахую. “Раз...два...три...” На рахунок “раз” кожен робить свій рух, поки не почує “два”. На рахунок “два” кожен повторює рух сусіда зліва. Весь час дивіться на свого сусіда, тому що на рахунок “три” кожен робить те, що бачив у сусіда. І так, змінюючи рахунок, ми змінюємо рухи. У нас тут 12 людей, тому я рахуватиму до 13. І на рахунок “13” кожен повернеться до свого руху. Розминка проводиться мовчки. Почали!»

Обговорення: Після виконання вправи учасники обговорюють, як ефективність виконання залежить від того, наскільки вони концентруються на рухах свого сусіда. Якщо учасники зосереджені на цьому пріоритеті і не відволікаються на зовнішні перешкоди, вони виконують вправу успішно.

Вправа «Колесо фортуни»

Мета: Використовувати нестандартний підхід до вирішення ситуацій.

Обладнання: Папір, олівці, ножиці, клей.

Хід роботи: Психолог пропонує учасникам написати на аркуші ситуацію, з якою вони не могли або не знали, як впоратись. Потім учасники вирізають пелюстку та прикріплюють її до попередньо вирізаного кола. Після того, як усі учасники наклеять свої пелюстки, психолог пропонує знайти нестандартне вирішення для кожної ситуації.

Вправа «Словник емоцій та почуттів»

Мета: Навчити учасників вільно висловлювати свої емоції.

Час: 20-30 хв.

Матеріали: Аркуші паперу, фломастери, «Словник емоцій».

Багато людей не виражають свої емоції, затримуючи їх усередині, або не знають, як сформулювати їх словами. Перш ніж навчитися виражати емоції, важливо вміти їх усвідомлювати та фіксувати.

Завдання для учасників полягає в тому, щоб разом згадати та записати якомога більше слів, які описують емоції. Якщо виконати це завдання виявиться складно, можна запропонувати конкретну ситуацію, наприклад:

«Що відчуває людина, коли чекає на співбесіду?» Під час обговорення важливо звернути увагу на те, що кожен момент нашого життя має емоційну складову. Вміння ідентифікувати свої емоції та працювати з ними є ключовим.

Вправа «Заборона на емоції»

Мета: усвідомлення важливості емоцій у нашому житті.

Матеріали: 4 хусточки

Час: 25-30 хв.

Один доброволець виходить у центр кола. По черзі зав'язуємо йому різні частини тіла хусточками, обмежуючи його здатність виражати емоції: рот (щоб не сварився), очі (щоб не плакав), вуха (щоб не чув нічого негативного), серце (щоб не страждав). Після цього запитуємо групу, як вони вважають, як почувається людина, позбавлена можливості відчувати та виражати емоції?

Після того, як доброволець буде звільнений, запитуємо його про враження. Далі проводимо обговорення в групі щодо ролі емоцій у нашому житті: що робити з негативними емоціями? Що трапляється, коли ми стримуємо емоції, забороняючи собі їх проявляти? Якщо придушення емоцій не є ефективним, то як же правильно їх висловлювати? (Важливо виражати емоції в коректній і конструктивній формі).

Заняття №3

Вступне слово. Учасники діляться своїми очікуваннями та обговорюють зміни, які відбулися за тиждень.

Дискусія на тему: «Стрес та його особливості».

Мета: створити позитивне уявлення про стрес і його вплив.

Техніка «Людина і дерево» (Автор О. Тараріна)

Мета: визначення готовності до контактів з іншими людьми та розвиток ефективних комунікацій.

Обладнання: папір формату А4, пластилін.

Тривалість виконання: 20 хв.

Інструкція:

Кожен учасник бере два шматочки пластиліну для створення фігури людини та дерева. Один шматочок використовується для ліплення людини, а інший - для дерева. Потім ці фігури розміщуються на аркуші паперу.

Орієнтовні запитання для рефлексії: – Яке це дерево? Як би ви його описали?

Чи потребує дерево догляду? Хто за ним піклується?

Чи є це дерево плодотворним?

Скільки років цьому дереву?

Яка людина була створена вами? Що вона робить, які її захоплення?

Чи взаємодіє людина з деревом? Як саме?

Як людина ставиться до дерева?

Хто несе відповідальність за дерево та за людину?

Інтерпретація:

Ця техніка дає можливість зрозуміти важливість і цінність інших людей у житті учасника та спосіб їх взаємодії. Рівень взаємодії визначається тим, як піклується людина про дерево. Дерево символізує інших людей і взаємодію з ними, а також є уособленням контакту із самим собою. Крім того, техніка допомагає усвідомити рівень довіри до навколишнього світу.

Вправа «Банка з тривогами»

Мета: діагностика та психокорекція страхів з метою зменшення їхнього впливу на емоції та поведінку, розвиток креативності, формування відчуття безпеки та спокою.

Матеріали: папір, олівці, фарби або пластилін, великі скляні або пластикові банки, на яких написано «Банка для страхів».

Інструкція: Учасники малюють на папері або ліплять з пластиліну свої страхи та тривоги. Потім усі ці зображення або фігурки поміщаються в банку або мішок для страхів. В кінці заняття учасники забирають свої "страхи" з собою як символ їхнього звільнення від них.

Заняття №4

Учасники висловлюють свої очікування та діляться змінами, що відбулися за тиждень. Вступне слово про поняття саморегуляції.

Вправа «Термометр»

Мета: допомогти краще зрозуміти свій емоційний стан.

Матеріали: папір, олівці, фломастери, фарби.

Інструкція: На початку заняття учасники оцінюють свій настрій за шкалою від -10 до +10 та позначають це на малюнку термометра (на фліпчарті або на індивідуальних аркушах). Наприкінці заняття можна повторно оцінити свій настрій і порівняти зміни.

Техніка «Чорний квадрат» (Автор В. Назаревич)

Мета: регулювання негативного простору особистості та активація ресурсних можливостей.

Обладнання: папір А4, олівці, фарби, пензлики.

Тривалість виконання: 15 хв.

Інструкція: Учасникам пропонується намалювати на аркуші А4 чорний квадрат, який символізує всі негативні переживання та те, що не влаштовує їх у житті. Потім, за бажанням, вони можуть доповнити малюнок елементами на свій розсуд, створюючи образ, який їм сподобається.

Запитання для рефлексії:

- Які емоції викликає малюнок чорного квадрата?
- Які елементи ви додали і що вони для вас означають?
- Як це пов'язано з вашим реальним життям?
- Як змінилося ваше сприйняття малюнка після додавання елементів?
- Які емоції, думки та почуття виникають при погляді на трансформований малюнок?

Аспекти інтерпретації:

Терапевту варто звернути увагу на розмір чорного квадрата, оскільки це може вказувати на масштаб і силу негативних переживань клієнта: чим більший квадрат, тим сильнішими можуть бути емоції або ситуації, що їх

викликають. Крім того, варто аналізувати додані елементи, символи та кольори, оскільки вони можуть показувати шляхи до ресурсних станів і можливості для трансформації особистості.

3.2. Індивідуальні методи для попередження та подолання СЕВ

Для підтримки та відновлення внутрішніх ресурсів людини, що сприяють ефективному функціонуванню в екстремальних умовах, найбільш підходящою є багатовимірна Модель внутрішньої пружності (резилієнсу) BASIC Ph [101], розроблена ізраїльським психологом і травматерапевтом Мулі Лагадом (Mooli Lahad). Він багато років вивчав моделі поведінки людей у стресових та психотравмуючих ситуаціях. Ця модель базується на припущенні, що особистість має здатність протистояти катастрофам, зберігаючи своє психічне здоров'я.

Модель BASIC Ph включає шість основних параметрів, які визначають індивідуальний стиль поведінки людини в стресових ситуаціях. Ці параметри є критичними для подолання кризи і забезпечення психічної та емоційної стійкості особистості. Ось детальний опис кожного з них:

1. **В (Belief) – Віра:** Цей параметр стосується системи переконань, моральних цінностей та філософії життя людини. Віра може бути різною: віра в Бога, у вищі сили, в космос, в особисті можливості чи навіть у свою життєву місію. Важливий аспект цього параметра – наявність хоча б якоїсь віри, яка служить опорою в труднощах, адже це створює внутрішній сенс і напрямок для людини. Віра дає сили боротися з труднощами та знаходити підтримку в непередбачуваних ситуаціях, навіть якщо зовнішні ресурси обмежені.
2. **А (Affects) – Почуття та емоції:** Цей параметр підкреслює важливість вираження та переживання емоцій. Виявлення почуттів через плач,

сміх чи інші емоційні прояви допомагає людині пережити стрес і полегшити внутрішній тягар. Наповнення емоційних ресурсів відбувається через мистецтво (слухання музики, перегляд фільмів, відвідування виставок) або через взаємодію з природою (наприклад, прогулянки на свіжому повітрі чи спостереження за природними явищами). Цей спосіб дозволяє людині знайти вихід з емоційної кризи через емоційну розрядку та творчі активності.

3. **S (Social) – Соціум:** Соціальна підтримка є важливою складовою в подоланні стресових ситуацій. Це включає родину, друзів, а також допомогу з боку професіоналів. Людина може звертатися до інших за допомогою або ж бути активною в допомозі іншим. Соціальна інтеграція важлива, оскільки відчуття приналежності до групи дає підтримку та зменшує почуття ізоляції. Взаємодія з іншими людьми дозволяє відчувати свою важливість та необхідність, що є необхідною частиною відновлення емоційного балансу.
4. **I (Imagination) – Уява:** Цей параметр акцентує увагу на здатності людини використовувати уяву для переживання кризових ситуацій. Творчість і фантазія допомагають людині відволіктися від важкої реальності, створити альтернативну реальність, знайти рішення проблем або просто зняти напругу через гру уяви. Включення творчих процесів, таких як малювання, писання, музика, або будь-яка інша діяльність, що активує уяву, дає змогу людині зануритись у свій внутрішній світ, полегшуючи стрес.
5. **C (Cognition) – Розум, логіка:** Ментальна здатність логічно мислити, оцінювати ситуацію, планувати і приймати рішення – важлива складова стресостійкості. У цьому параметрі акцент на інтелектуальних процесах, які дозволяють людині знайти раціональні способи вирішення проблем, навчання та збору корисної інформації. Людина, яка має змогу аналізувати ситуацію та приймати зважені

рішення, менше піддається паніці та швидше знаходить вихід із важких ситуацій.

6. **Ph (Physiology) – Тіло:** Цей параметр охоплює фізичну складову стресостійкості. Фізична активність, як-от спорт, прогулянки на природі або відвідування масажів, допомагає людині зняти напругу і відновити фізичний та емоційний стан. Також важливою складовою є вміння слухати своє тіло, прислухатися до потреб організму, що включає сон, здорове харчування та відпочинок. Інколи це може бути і надмірне вживання їжі або інших фізичних засобів (наприклад, психоактивних речовин), але правильне збереження фізичного балансу має першочергове значення для нормалізації психоемоційного стану.

Ця модель підкреслює важливість взаємодії всіх цих параметрів для підтримки психічного здоров'я та внутрішньої пружності (резилієнс) людини в екстремальних ситуаціях.

Таким чином, кожна людина має потенціал для подолання стресових ситуацій. Потенційно всі шість стратегій, описаних у моделі BASIC Ph, доступні кожному, але їх проявляється в різних пропорціях у різних людей. Зазвичай одні або дві стратегії є домінуючими. Модель BASIC Ph показує, що існує безліч шляхів для подолання стресу, і що немає єдиного універсального способу чи поради для поведінки в стресових або психотравмуючих ситуаціях.

Рекомендації щодо ефективного особистого тайм-менеджменту:

1. **Пріоритизація завдань:** Важливо визначити, які завдання є найбільш критичними і терміновими, і зосередити свої зусилля саме на них. Це дозволить ефективніше використовувати час, не витрачаючи його на менш важливі чи відкладені справи.
2. **Мінімізація "тайм-кілерів":** Слід намагатися зменшити вплив факторів, що витрачають час без користі (наприклад, зайва перевірка

- соціальних мереж, неструктуровані перепочинки). Це допоможе зберегти концентрацію і продуктивність протягом робочого дня.
3. **Дотримання розкладу:** Регулярність у виконанні завдань і підтримка чіткого графіка сприяють створенню здорової робочої дисципліни, що зменшує стрес і сприяє кращому виконанню завдань.
 4. **Гнучкість у плануванні:** Іноді виникають непередбачувані обставини, тому важливо вміти адаптувати свій графік, зберігаючи при цьому якість виконання завдань. Це вимагає здатності оцінювати пріоритети та бути готовим до коригувань.
 5. **Делегування завдань:** Не всі завдання потрібно виконувати самостійно. Важливо вміти передавати завдання тим, хто має необхідні навички та час для їх виконання, при цьому контролюючи процес їх виконання, щоб переконатися, що результат відповідає вимогам.
 6. **Використання інструментів для планування:** Застосування різних інструментів планування, таких як цифрові календарі, списки справ або спеціальні програми для управління часом, може суттєво підвищити ефективність. Важливо знайти інструмент, який найбільше підходить для ваших потреб, і активно його використовувати.

3.3. Групові методи для попередження виникнення СЕВ

Аналіз особливостей прояву синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників, основних чинників, загальних та тих, що пов'язані зі специфікою їх професійної діяльності, які сприяють його виникненню, а також окремий розгляд особливостей вигорання працівників медичної сфери в умовах пандемії Covid-19, дає підстави стверджувати про необхідність обов'язкового проведення заходів з психологічної профілактики цієї групи спеціалістів. Психологічна профілактика повинна відігравати важливу роль у

системі заходів, спрямованих на забезпечення високої ефективності діяльності працівників сфери охорони здоров'я. Водночас вона повинна ґрунтуватися на низці принципів, таких як добровільність, гуманізм, законність, об'єктивність, науковість, дотримання норм професійної етики, комплексність, своєчасність, активність та безперервність.

Основні стратегічні напрямки зміцнення психічного здоров'я медичних працівників:

1. **Визначення груп підвищеного ризику:** Важливо ідентифікувати медичних працівників, які можуть бути схильні до стресових або психічних проблем через специфіку їх роботи.
2. **Скринінг психологічних розладів:** Проведення регулярного обстеження для виявлення можливих психологічних труднощів серед медичних працівників.
3. **Психологічні втручання на основі результатів скринінгу:** Після виявлення проблем, здійснюються відповідні психологічні втручання, спрямовані на подолання виявлених розладів.
4. **Підтримка медичних працівників, які працюють з хворими на Covid-19:** Особливе значення надається допомозі тим медичним працівникам, які активно залучені до лікування пацієнтів з Covid-19, через високий рівень стресу та психологічного навантаження.
5. **Інтеграція медичних і громадських ресурсів:** Співпраця між медичними установами та громадськими організаціями для забезпечення всебічної підтримки медичних працівників.

До заходів первинної психопрофілактики відносять, з одного боку, впровадження загальних гігієнічних рекомендацій щодо організації праці на робочому місці, режиму праці та відпочинку, а з іншого – проведення більш специфічних заходів, які сприяють корекції перших проявів синдрому емоційного вигорання на доклінічному рівні та зміцнюють психологічну стійкість. Для вторинної профілактики та психологічної корекції СЕВ на стадії резистенції заходи орієнтовані на запобігання переходу цього стану в

фазу виснаження, а при наявності виснаження – на недопущення хронічного розвитку психосоматичних і астено-депресивних розладів.

Для підвищення ефективності психологічної профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників варто розробити систему, що базується на таких принципах:

1. **Принцип первинності** – на етапі здобуття медичної освіти та на початкових етапах професійної діяльності має бути забезпечено професійно-психологічний відбір і просвітницька робота, спрямовані на формування у спеціалістів свідомого ставлення до свого здоров'я, підвищення їхньої стійкості до стресу (резилієнсу), мотивації до роботи та позитивного ставлення до неї.
2. **Принцип системності та постійності** – психопрофілактичні заходи повинні здійснюватися паралельно з виконанням професійних обов'язків і стати звичним елементом щоденної діяльності.
3. **Принцип загальності** – психологічна профілактика має охоплювати всі рівні працівників медичних установ, забезпечуючи комплексний підхід до всіх.
4. **Принцип індивідуального підходу** – при плануванні та реалізації психопрофілактичних заходів важливо враховувати індивідуальні особливості кожного спеціаліста.
5. **Принцип раціональності та доступності** – під час впровадження профілактики потрібно обирати методи і заходи, які будуть раціональними, доступними і зрозумілими для виконавців.

Психологічна профілактика синдрому емоційного вигорання (СЕВ) має включати три основні напрямки, кожен з яких передбачає специфічні стратегії та методи для ефективного запобігання цьому явищу серед медичних працівників:

Особистісно орієнтований підхід цей напрямок фокусується на розвитку внутрішніх ресурсів кожного медичного працівника, спрямованих на запобігання емоційному вигоранню.

Він включає:

Саморозвиток: навчання працівників методам саморегуляції, самопідтримки, стресостійкості, розширення їхніх психологічних навичок і здатності до адаптації. Це може бути реалізовано через тренінги, курси з розвитку емоційного інтелекту, управління стресом та ефективного комунікування.

Самодопомога: сприяння розвитку вміння підтримувати психологічне здоров'я за допомогою технік релаксації, медитації, фізичних вправ, а також формування навичок балансування професійного та особистого життя.

Зовнішнє втручання психологів: надання професійної допомоги тим, хто вже має ознаки емоційного вигорання, через індивідуальні консультації, терапію або групову роботу з метою подолання емоційного напруження та відновлення психічної стійкості.

Середовищно орієнтований підхід. Впровадження змін на рівні медичних установ, що дозволяють створити сприятливе робоче середовище для працівників, яке допомагає знизити ризик виникнення СЕВ. Це включає:

Поліпшення умов праці: перегляд графіків роботи, зменшення навантаження, організація достатнього часу для відпочинку та відновлення. Оновлення робочих місць, зручність інтер'єру, забезпечення необхідними матеріалами та технічними засобами.

Підтримка корпоративної культури: створення атмосфери підтримки серед колег, налагодження взаємодії між співробітниками для обміну досвідом та емоційною підтримкою. Це може включати регулярні зустрічі, тренінги, командні заходи, що зміцнюють дух єдності.

Розвиток системи професійної підтримки: наявність у медичних установах психологів, тренерів або коучів, які можуть допомогти працівникам у складних ситуаціях, навчати їх ефективному вирішенню стресових ситуацій та зміцненню стресостійкості.

Соціально орієнтований підхід. Це впровадження системи підтримки на рівні суспільства, яка забезпечує медичних працівників зовнішніми ресурсами для подолання емоційного вигорання. Цей напрямок включає:

Залучення державних і соціальних інститутів: організація програм для медичних працівників на рівні держави, створення соціальних програм і законодавчих ініціатив, спрямованих на підтримку здоров'я працівників у сфері охорони здоров'я.

Поширення інформації та освіта: розробка інформаційних кампаній та освітніх програм, спрямованих на підвищення обізнаності серед населення про проблему СЕВ серед медичних працівників і важливість підтримки їхнього психічного здоров'я.

Створення соціальних ініціатив та мереж: розвиток національних або локальних програм підтримки медичних працівників, які включають взаємодопомогу між колегами, благодійні організації або групи підтримки, що надають психологічну допомогу.

Кожен з цих напрямків допомагає забезпечити комплексний підхід до профілактики СЕВ, сприяючи створенню здорового та підтримуючого середовища для медичних працівників, що значно підвищує їхню стресостійкість і забезпечує тривалу професійну ефективність.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3

У результаті проведеного дослідження, було визначено, що синдром професійного вигорання (СЕВ) є серйозною проблемою для медичних працівників, яка може значно вплинути на їхню професійну діяльність та психологічне здоров'я. Профілактика та корекція СЕВ потребують комплексного підходу, який включає як індивідуальні, так і групові методи втручання.

Реалізація заходів профілактики синдрому вигорання повинна базуватися на системному підході, що включає етапи як на рівні особистості медичного працівника, так і на рівні організації праці та соціального середовища. Пріоритетними є профілактичні заходи, спрямовані на підвищення стійкості працівників до стресових ситуацій, навчання методам саморегуляції, а також створення підтримуючого робочого середовища, що знижує рівень стресу та емоційного напруження.

Індивідуальні методи, такі як психотерапевтичні техніки, тренінги з розвитку емоційного інтелекту, техніки релаксації, медитації та управління стресом, є ефективними для попередження та подолання ранніх стадій СЕВ. Водночас групові методи, що включають тренінги, психологічні семінари, командну підтримку та групові обговорення, допомагають створити атмосферу взаємодопомоги та колективної підтримки, що має позитивний вплив на психологічне здоров'я всього колективу.

Загалом, результати дослідження підкреслюють важливість поєднання індивідуальних і групових методів профілактики, а також системного підходу до організації психокорекційних заходів, що сприяють збереженню психічного здоров'я медичних працівників та підвищенню ефективності їх професійної діяльності. Рекомендовано впроваджувати ці заходи в медичних установах для запобігання вигоранню та підтримки високого рівня професіоналізму серед медичних працівників.

ВИСНОВКИ

У рамках даного дослідження було проведено теоретичне узагальнення та нове вирішення проблеми синдрому емоційного вигорання у медичних працівників, зокрема в умовах пандемії Covid-19, яка стала значним фактором високого професійного стресу.

- 1. Теоретико-методологічний аналіз синдрому емоційного вигорання** продемонстрував багатогранність підходів до його дослідження. Виявлено, що синдром емоційного вигорання є складним психоемоційним явищем, яке виникає внаслідок тривалого стресу, викликаного специфікою професійної діяльності. Він може мати серйозні наслідки для здоров'я працівників і впливати на їхні професійні здібності, взаємодію з колегами та соціальним оточенням. Вивчення цього феномена дозволяє зрозуміти його природу як процес, що порушує психічну рівновагу та професійну ефективність особистості.
- 2. Емпіричне дослідження** виявило значний рівень синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників, які працюють з пацієнтами, хворими на Covid-19. Більше ніж половина медиків продемонстрували виражені ознаки вигорання, зокрема у вигляді емоційного виснаження та психоемоційних порушень. Це свідчить про високий рівень стресу, пов'язаний із роботою в умовах пандемії, та значний вплив цих умов на психологічний стан працівників. З'ясовано, що найбільш вираженою фазою є виснаження, а найменш вираженою – фазою напруження, що підкреслює важливість вчасної профілактики ще на етапі початкових симптомів.
- 3. Специфіка професійної діяльності медичних працівників** значною мірою сприяє розвитку внутрішньоособистісних конфліктів через високі вимоги, що ставляться до їхньої роботи. Це, у свою чергу, призводить до зниження працездатності, виникнення емоційного

виснаження, а також формування поведінки, орієнтованої на самозбереження. Одним із основних чинників виникнення синдрому є професійна дезадаптація, рівень якої прямо впливає на рівень емоційного вигорання та психологічного стану працівників.

4. У медичних працівників, які переживають високе емоційне вигорання, відзначається значне зниження психологічної стійкості. Вони демонструють високу ступінь депресії, тривоги та деперсоналізації, що відображається на їхній здатності справлятися з професійними обов'язками та взаємодією з пацієнтами. Це вимагає комплексного підходу до корекції та профілактики синдрому емоційного вигорання.

5. Практичні рекомендації, розроблені в рамках дослідження, включають запровадження комплексної системи психопрофілактичних заходів у медичних установах. Це включає середовищно-орієнтовані, соціально-орієнтовані та індивідуально-орієнтовані заходи, спрямовані на зниження рівня стресу, збереження психологічної стійкості та підвищення професійної адаптації медичних працівників. Заходи включають як індивідуальні методи, такі як психотерапевтичні техніки та медитації, так і групові тренінги для колективів, що сприяють підвищенню рівня підтримки та взаємодії між працівниками.

Перспективи подальших досліджень можуть охоплювати вивчення проявів синдрому емоційного вигорання в медичних працівників після завершення пандемії Covid-19, а також аналіз впливу гендерних факторів на розвиток цього синдрому. Також варто провести порівняльний аналіз рівня вигорання серед різних категорій медичних працівників (лікарів, медсестер) та дослідити, як вигорання впливає на інші аспекти їхнього життя, включаючи міжособистісні відносини та психічне здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдрыхімова Ц, Мухаровська І, Клебан К, Сапон Д, Калачов О. Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації). РМГР [інтернет]. 01, Травень 2020 [цит. за 29, Січень 2022];5(1):e04501212. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/212>
2. Безпека і здоров'я на роботі за надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я: посібник для захисту медичних працівників та фахівців реагування. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я та Міжнародна організація праці; 2018 р. (<https://www.who.int/publications/i/item/occupational-safety-and-health-in-public-health-emergencies-a-manual-for-protecting-health-workers-and-responders>, звернення 20 листопада 2020 р.
3. Боднар А.Я. Емоційне вигорання як внутрішньоособистісний конфлікт. *XVIII Міжнародна науково-практична конференція «Конфліктологічна експертиза: теорія та методика»* / [орг. комітет: А.М.Гірник (голова) та ін.] – Київ: [б.в.], 2019. – С.8- 12.
4. Бюлетень Всесвітньої організації охорони здоров'я. Режим доступу: <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/9/19-020919.pdf>
5. Гавриловська К.П. Модель BASIC Ph у роботі психолога. / Розвиток обдарованої особистості в освітньому просторі: ціннісний вимір: тези доповідей X наук.-практ. семінару., 23 квіт. 2020 р. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020. 92 с. С. 14-15.
6. Головенко Х.В., Сопель О.М. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу і фактори, які спричиняють його розвиток. ISSN 2411-1597. Медсестринство. 2017. №4. С.51-53. [Електронний ресурс] : Режим доступу: <file:///C:/Users/ANG/Desktop/8550%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-31716-1-10-20180207.pdf>

7. Гошовська Д. Психологія спорту і фізичного виховання: навч.-метод. посіб. Дрогобич: Унів. б-ка, 2006. 1228 с.
8. Гошовська Д.Т., Гошовський Я.О. Емоційне вигорання особистості в контексті депривованої психогенези. *Психологічні перспективи*. Вип.28. Луцьк, 2016. С.70-82.
9. Гошовський Я. Ревіталізація психогенези депривованої особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. Сб. наук. пр. Східноукр. нац. ун-ту ім. В.Даля. Луганськ : Ноулідж, 2004. №2(34). С.101-108.
10. Грабовська С., Єсип М. Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях. *Соціогуманітарні проблеми людини*. №4, 2010. С.188-199.
11. Грицук О.В. Основні принципи та підходи до дослідження синдрому емоційного вигорання в зарубіжній психології [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/old_jm/soc_gum/znpip/1/2012_35/Gricuk.pgf.
12. Даниляк О., Маринець С.-А., Заячківська О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень. *Праці НТШ. Мед. науки*, 2016. Т. XLV. С.27-40.
13. Завацька Н.Є. Системний підхід до вивчення структури адаптаційного потенціалу особистості. Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика: монографія / за ред. С.Д.Максименка, В.Л.Зливкова, С.Б.Кузікової. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2015. 430 с.
14. Іванашко О.Є. Професійна адаптація і професійне вигорання особистості. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім.М.П.Драгоманова*. 2007. №19 (43). С.82-85.
15. Колдубовська Т.Б. Аналіз особливостей прояву ознак професійного вигорання у співробітників правоохоронних органів. *Технології розвитку інтелекту: ел. наукометр. фак. журнал Інституту психології ім.Г.С.Костюка НАПН України*.Київ, 2017. № Vol 2. No 5(16). URL:

http://psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/issue/archive

16. Колосович О. Професійне вигорання як розлад психічного здоров'я суб'єкта праці. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: Збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (23 жовтня 2020 року)* / Уклад. З.Р.Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2020. 256 с. С.123-127.

17. Корольчук М.С., Осьодло В.І. Психодіагностика: навч. посіб для студентів вищих навчальних закладів / за заг. ред. М.С.Корольчука. Київ : Ельга Ніка-Центр, 2004. 400 с.

18. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / Під ред. проф. Л. М. Юр'євої. К.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017. 174 с. С.33-34.

19. Кримінальний кодекс України : Верховна Рада України; Кодекс України, Кодекс, Закон від 05.04.2001 № 2341-III. Відомості Верховної Ради України (ВВР). 2001. № 25–26.

20. Медичні послуги. Гідний робочий час для медсестер: Критично важливо для добробуту та якісної роботи працівників: аналітична довідка. Женева: Міжнародна організація праці; 2018 р. Режим доступу: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/--sector/documents/publication/wcms_655277.pdf

21. Міщенко М.С. Психологічні чинники запобігання синдрому емоційного вигорання у майбутніх практичних психологів : монографія. Умань: Візаві, 2016, 236 с

22. Міщенко М.С. Особливості синдрому емоційного вигорання. *Актуальні проблеми психології*. Т. XI - Вип. 6. Кн.ІІ. 2013. С.103-113.

23. Павленко Г.В. Толерантність до невизначеності як ресурс психологічного благополуччя студентів. *Актуальні проблеми психології*. Том 7. Випуск 47. 2019. С.208-218.

24. Павловські Ю.А. Специфіка та детермінанти професійного вигорання керівників бізнесу. *Психологія особистості*. Вип. 21. 2021.

С.175-182.

25. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. 3-тє видання, виправлене і доповнене. К.: Видавничий дїм Медкнига, 2021. 200 с.

26. Про подальший розвиток служби психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів внутрішніх справ України : наказ МВС України від 28 липня 2004 року №842. Дата оновлення: 09.01.2018.

URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1365-04>

27. [Про порядок психологічного забезпечення навчально-виховного процесу у вищих навчальних закладах МВС України : методичні рекомендації ДРП МВС України : затв. Наказом МВС від 26.09.2007 № 6/2/1-5224.](#)

28. Психологічне супроводження військовослужбовців в діяльності за екстремальних умов: методичні рекомендації / В.І.Воронова та ін.; під наук. ред. Г.І.Ложкіна. Київ : МОУ, 2003. 145 с.

29. П'янківська Л.В. Психологічна профілактика синдрому «емоційного вигорання» у курсантів вищих навчальних закладів МВС України: дис. ... канд. псих. Наук: 19.00.09 / національний університет оборони України ім. Івана Черняховського. Київ, 2019. 281 с.

30. Ревіталізація дітей з особливими потребами: монографія / За заг. ред. проф. Я.О.Гошовського. Луцьк: ПП Іванюк В.П., 2013. 360 с.

31. Сіпко Л.О. Психологічні детермінанти професійного вигорання у працівників соціономічних професій. *Psychological Journal*. Vol. 5. Issue 9, 2009. DOI (Article): <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.9.15>.

32. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядипломної освіти / За наук. ред. С.Д.Максименка, Л.М.Карамушки, Т.В.Зайчикової. К.: Міленум, 2004. – 264 с. – С.21.

33. Табачников О.Ю., Абдрыхімова Ц.Б. Основи клінічної психології

(навчальний посібник). Донецьк : Донбасс, 2006.

34. Терещенко К.В. Чинники психологічного здоров'я персоналу організацій. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1149-2704>.

35. Уварова С.Г., Бойченко Н.Г., Гришкан С.О., Улько Н.М. Психологічна допомога в кризових ситуаціях. К.: ПВНЗ МІГП, 2016. 248 с.; 3 іл.

36. Усенко, Л. В., Канчура, Т. В., Шайда, О. О., Дудукіна, С. О., Усенко, О. О., & Машин, О. М. (2020). Комунікативна компетентність – невід'ємна складова якісної професійної діяльності лікаря-анестезіолога. *Pain, Anaesthesia & Intensive Care*, (4(93), 94–100. [https://doi.org/10.25284/2519-2078.4\(93\).2020.220700](https://doi.org/10.25284/2519-2078.4(93).2020.220700)

37. Франчук В. В. Аналіз недоліків надання медичної допомоги в сучасних умовах (за матеріалами комісійних судовомедичних експертиз). *Судово-медична експертиза*. 2016. № 1. С. 56–61

38. Франчук В. В. Місце, роль і значення лікарської професії в умовах сучасного українського суспільства. / В.В.Франчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 3 (73). С.35-41.

39. Юр'єва Л.М. Охорона психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії Covid-19. Медичні перспективи. 2020. Т. 25. №4. С. 12-21.

40. Яроменок М.А. Професійне вигорання як чинник психічного здоров'я прокурора. *Юридична психологія*. №2 (21). 2017. С.185-195.

41. Bao Y, San Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019 n-CoV epidemic: address mental healthcare to improver society. *Lancet*. 2020;395(10224):e-37-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)

42. Berg C.A., Meegan S. P., & Deviney P.P. A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan (англ.) *International Journal of Behavioral Development* (англ.)руск.. 1998. № 22(2). Р. 231—237.

43. Bochner S. Defining intolerance of ambiguity. *The Psychological*

Record. – 1965. – № 15. – P. 393-400.] [Craik R. L. A tolerance for ambiguity. *Physical Therapy*. 2001. July. Vol. 81. P. 1292.

44. Bradburn N. The Structure of Psychological Well-Being. Chicago: Aldine Pub. Co
https://www.norc.org/PDFs/publications/BradburnN_Struc_Psych_Well_Being.pdf, 1969.

45. Burisch, M. Das Burnout-Syndrom Theorie der inneren Erschop-fung Text. Berlin, Heidelberg: Springer, 1989.

46. Chan A.O., Huak C.Y. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine (Oxford, England)*. 2004. Vol. 54. No. 3. P. 190-196. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqh027>.

47. Chen Q, Liang M, Guo J, Fei D, at al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):15-16. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)

48. COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers / Z. Zhu at al. *Psychiatry and clinical Psychology*. 2020.

49. Frenkel-Brunswick E. Tolerance towards ambiguity as a personality variable. *The American Psychologist*. 1948. № 3. P. 268.

50. Frydenberg E. Beyond Coping. Meeting goals, visions and challenges. Oxford University Press, 2002. P. 272.

51. Frydenberg E., Lewis R. Adolescent Coping Scale: Manual. Melbourne : ACER Press, 1993.P. 15-20

52. Ho C.S., Chee C.Y., Ho R.C., Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine. (Singapore)*. 2020. Vol. 49. No 3. P. 155- 160

53. Hobfoll S. Conservation of resoursetheory: its implication for stress, health and resilience. *The Oxford handbook of stress, health and coping*. NY : Oxford Unibversity Press, 2011. P. 127-147.

54. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. *Epidemiology*. 2020. Feb. URL: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.02.19.20025395>.
55. James, W. H. (1957). Internal versus External Control of Reinforcement as a Basic Variable in Learning Theory. Unpublished Doctoral Dissertation, Ohio State University
56. Lahad M., Shacham M., Ayalon O. The “BASIC Ph” model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application. London, England: Jessica Kingsley. 2013.
57. Maslach C. The Client Role in Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1978-10. Т. 34, вып. 4. С. 111–12.
58. Maslach C. Jackson S.E. (1981): The measurement of Experienced Burnout. *J. Occup. Beh.* 2, 99-113.
59. Predeployment Sleep Duration and Insomnia Symptoms as Risk Factors For New-Onset Mental Health Disorders Following Military Deployment / P.Gehrman et al. *Sleep*. 2013. Vol. 36. No. 7. P. 1009-1018. DOI: <https://doi.org/10.5665/sleep.2798>
60. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China hospital / J. Zhang et al. *Precision Clinical Medicine*. 2020. Vol. 3
61. Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol. Monographs*, 1966. V. 80. P. 11-28.
62. Rotter J. B. (1982). The development and applications of social learning theory: Selected papers. New York: Praeger.
63. Ryff C., Keyes C. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995. Vol.69, No.4. 719-727.
64. Schaufeli W.B., Leiter M., Maslach K. Burnout: 35 Years of Research and Practice. *Career Development international*. 2009. Vol. 14. №3. P.

204-220. doi: 10.1108/13620430910966406.

65. Shultz J.M., Baingana F., Neria Y. The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. JAMA. 2015. Vol. 313. No. 6. P. 567-568. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.17934>.

66. Selye H., 1950. The physiology and pathology of exposure to stress. A treatise based on the concepts of the general-adaptation-syndrome and the disease of adaptation. Montreal: ACTA. Inc., Medical Publishers (Doctoral Dissertation)

67. [Електронний ресурс] : https://e4aa8a2e-9b2c-4ba5-b782-54e23260c5ea.filesusr.com/ugd/86d9b8_7c20d612330b4ed9b2d7b9cadfda5ace.pdf?index=true

68. [Електронний ресурс] : <https://www.umj.com.ua/article/84423/stres-yak-nagalna-mediko-socialna-problema-v-umovax-vijskovo-agresii>

69. [Електронний ресурс] : [https://www.who.int/publications/i/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications/i/item/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health)

70. [Електронний ресурс] : <https://moz.gov.ua/article/news/profesijne-vigorannja-javische-a-ne-hvoroba-scho-naspravdi-zatverdili-v-mkh-11>