Міністерство освіти і науки України
Сумська обласна рада
Департамент освіти і науки Сумської обласної державної адміністрації
Комунальний заклад Сумський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти

Факультет підвищення кваліфікації і перепідготовки

Кафедра психології

Ксенженко Ірини Володимирівни

Особливості профілактики прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни

Кваліфікаційна (магістерська) робота
здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійної програми Практична психологія

Науковий керівник:
Чеканська Лариса Миколаївна,
кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри психології

Рекомендовано до захисту
рішенням кафедри психології
Протокол № 11 від «29» січня 2025 р.

Завідувач кафедри Алла ВОЗНЮК

Суми – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП……3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ……..……....7

1.1. Основні підходи до поняття емоційного вигорання та характеристика його структурних компонентів……..……7

1.2. Специфіка прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.…….……..……..…….18

1.3. Система чинників, які впливають на прояв емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни……..…….…..32

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОЯВУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ…….……40

2.1. Методики та процедура дослідження особливостей прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни…….……...40

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни та чинників, які впливають на нього……..……..51

2.3. Психологічні рекомендації щодо профілактики прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.....60

ВИСНОВКИ.……..……..……..……..……74

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….....……..……78

ДОДАТКИ…….…….……90

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема емоційного вигорання медичних працівників постає особливо гостро на сьогодні в умовах військового стану в Україні. Під час військових дій надання медичної допомоги є невід'ємною частиною життя.

Лікарі за цих умов працюють в надскладних умовах – існує можливість вибухів, обстрілів, руйнувань лікарень; постійна загроза життю і здоров'ю самих медиків. Третій рік повномасштабної війни медичні працівники та працівниці зазнають подвійне психологічне навантаження: живуть життя звичайного українця та, в той же час, продовжують надавати допомогу пацієнтам і забезпечують стійкість системи охорони здоров'я в умовах війни.

Часто змінюються умови праці: змінюється логістика; перелік лікарських засобів, обладнання, які необхідні для надання медичної допомоги; через часті обстріли змінюються терміни доставки препаратів. Попри це, медична допомога надається за будь-яких умов, в тому числі при відсутності світла, води, обмеженої кількості медичних засобів, під час та звуки «тривоги», загрози обстрілів.

Пацієнти, які потребують медичної допомоги за умов війни звертаються за найближчою медичною допомогою в будь якому стані, з усіма видами патології, в тому числі поранень, тобто, змінюється категорія, стан, тяжкість, часто одночасна кількість пацієнтів.

Все це вимагає від лікарів здебільшого повністю змінити вектор роботи: надання медичної допомоги не за профілем, в рази збільшується швидкість прийняття рішень. В регіонах, де відносно спокійно, не ведуться активні бойові дії, люди, які переселилися в інші регіони України, будуть отримувати послуги охорони здоров'я, що збільшує навантаженість на усіх медичних працівників.

Вивченням загальних характеристик емоційного вигорання займалися Д. Ассонов [1], В. Бойко [66], Н. Водоп'янова [66], Н. Марута [40], О. Мірошніченко [43] та ін.

Вивченням емоційного вигорання під час війни займалась Л. Чеканська [80].

Окремим пластом досліджуються питання військової психології та професійного стресу сучасними вченими: Г. Бондарев [4], П. Круть [4], О. Вознесенська [8], Л. Карамушка [26], В. Предко [61] та інші.

В умовах нестабільної соціально-економічної ситуації, високого емоційного навантаження і вимог до фізичної працездатності медичних працівників виникає потреба в подальшому дослідженні особливостей прояву емоційного вигорання, особливо в умовах війни.

Отже, соціальна значущість проблеми та її недостатньо наукова розробленість зумовили вибір **теми дослідження:** «Особливості профілактики прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни».

Об'єкт дослідження – емоційне вигорання у медичних працівників в умовах війни.

Предмет дослідження – особливості профілактики прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни та розробити психологічні рекомендації щодо його профілактики.

Відповідно до об'єкта, предмету і поставленої мети дослідження було виокремлено наступні **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати основні підходи до поняття емоційного вигорання та охарактеризувати його структурні компоненти.

2. Розглянути специфіку прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни

3. Виокремити систему чинників, які впливають на прояв емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

4. Дослідити особливості прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

5. Розробити психологічні рекомендації щодо профілактики емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

Відповідно до визначених завдань використовувались наступні **методи дослідження**: теоретичні (теоретичний аналіз та синтез, систематизація, порівняння і узагальнення даних наукових джерел); емпіричні методи (спостереження, тестування, стандартизовані методики); методи обробки та інтерпретації даних (метод описової статистики, кількісні та якісні із застосуванням методів математичної статистики); вивчення та систематизація методів, засобів та прийомів психологічного навчання.

Теоретичне значення результатів дослідження полягає у цілісному аналізі сутності підходу до поняття емоційного вигорання та його структурних компонентів; розгляді специфіки проявів емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни; виокремленні чинників, які впливають на прояв емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що розроблені психологічні рекомендації будуть сприяти профілактиці проявів емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни та можуть використовуватися психологами закладів охорони здоров’я у їх професійній діяльності. Апробований у дослідженні методичний інструментарій може стати основою моніторингу рівня прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

Апробація результатів дослідження. Наукові здобутки науково-дослідної роботи були представлені на науково-практичних заходах різного рівня: VII Міжнародна науково-практична конференція «Інноваційні технології в роботі

практичного психолога» (Суми, 30.05.2024); II Всеукраїнський науково-практичний семінар «Актуальні питання практичної психології в умовах сьогодення» (Суми, 23.01.2025).

Основні результати дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри психології та опубліковані у наукових статтях:

1. Ксенженко І. В. Особливості прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни. *Психологія: від теорії до практики*: Інноваційні технології в роботі практичного психолога (матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції, 30 травня 2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. [у 2-х ч.]. Ч. 1. Суми: НВВ КЗ СОІППО, 2024. С. 76–79.

2. Ксенженко І. В. Особливості прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни та чинників, які впливають на нього. *Актуальні питання практичної психології в умовах сьогодення:* матеріали II Всеукраїнського науково-практичного семінару «Актуальні питання практичної психології в умовах сьогодення» (23 січня 2025 р., м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2025. С. 110–113.

Структура і обсяг магістерської роботи. Робота складається зі вступу, 2 розділів, висновків, а також списку використаних джерел, що нараховує 88 найменувань, з них 4 – іноземною мовою. Загальний обсяг роботи становить 95 сторінки. Робота містить 2 таблиці, та 8 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Основні підходи до поняття емоційного вигорання та характеристика його структурних компонентів

Концепція емоційного вигорання почала формуватися у 70-х роках минулого століття і незабаром отримала широке визнання як соціально-психологічна проблема, гідна уваги і вивчення. З тих пір феномен емоційного вигорання став предметом багатьох наукових досліджень зарубіжних та вітчизняних спеціалістів. Вперше термін «емоційне вигорання» («*burnout*», у перекладі з англійської – припинення горіння) запропонував у 1974 році американський психолог Герберт Фрейденберг для характеристики психічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному спілкуванні з клієнтами, пацієнтами, в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги.

Він помітив, що цей процес протікав близько року та супроводжувався низкою фізичних і психічних симптомів: головний біль, кишкові розлади, безсоння, втома, виснаження, дратівливість, гнів та інше. Вибір цього терміна він пояснив через аналогію, що «люди, як будівлі, іноді вигорають». В умовах постійного стресу та складних життєвих обставин їхні внутрішні ресурси поступово виснажуються, створюючи відчуття спустошеності, хоча зовнішній вигляд може залишатися незмінним. Фрейденберг підкреслював, що емоційне вигорання – це не явище, яке варто ігнорувати або сприймати як щось ганебне. Навпаки, воно є наслідком високої відданості своїй справі та прагнення досягти професійної досконалості. Він наголошував, що ентузіазм у роботі може виступати джерелом натхнення, але якщо працівник не має достатніх ресурсів для його контролю, цей «вогонь» може призвести до вигорання. Таким чином,

емоційне вигорання безпосередньо пов’язане зі стресами, що виникають у професійній діяльності [88].

Люди, які працюють в системі «людина – людина» (лікарі, юристи, соціальні працівники, психологи, вчителі, пожежники тощо) в своїй діяльності постійно стикаються з негативними емоційними переживаннями клієнтів, пацієнтів, вихованців, потерпілих, та стають залученими до цих переживань, із-за чого відчувають підвищене емоційне напруження [79].

Синдром професійного вигорання – це тривалий, складний психофізіологічний процес, що включає емоційне, розумове, духовне та фізичне виснаження внаслідок тривалого емоційного стресу. Австралійські вчені Мартін Піерс та Джон Моллоу, у 1990 році дійшли висновку, що «до емоційного вигорання схильний кожен» та швидкість цього процесу не пов’язана ані з освітою, ані з рівнем інтелекту, і навіть, з оплатою праці. Чутливі й емоційні люди раніше помічають його симптоми, проте інтенсивність процесу не залежить ні від особистої історії, ні від душевної організації. Єдине, що має значення, – ситуація на роботі та ставлення до неї робітника [26].

Синдром емоційного вигорання вчені описують як особливий вид професійних спотворень у людей, які тісно контактують з іншими під час надання професійної допомоги.

У навчальному посібнику «Профілактика професійного та емоційного вигорання педагогічних працівників закладів професійної освіти» І. Пахомов виділяє чотири моделі емоційного вигорання, що описують даний феномен [52].

Відповідно до *однофакторної моделі* емоційного вигорання (Е. Пайнс та А. Аронсона), *емоційне вигорання* – це стан «хронічної втоми», стан фізичного, емоційного і когнітивного виснаження, яке викликане тривалим перебуванням в ситуаціях з великим емоційно перевантаженням. Виснаження є головною причиною (фактором), а інші прояви дисгармонії переживань і поведінки вважають наслідком. Відповідно до цієї моделі ризик емоційного вигорання

загрожує в першу чергу представникам соціальних професій, але і, не тільки їм. [23; 52].

Згідно *двофакторної моделі* емоційного вигорання (Д. Дирендонк, В. Шауфелі, Х. Сиксма), синдром емоційного вигорання – це вже є двомірна конструкція, що складається з *емоційного виснаження* та *деперсоналізації*. Перший компонент, який отримав назву «афективного», відноситься до сфери скарг на своє здоров'я, фізичне самопочуття, нервове напруження, емоційне виснаження. Другий – деперсоналізація – проявляється у зміні відносин, погіршення ставлення або до інших, або й до себе. Він отримав назву «інсталяційного» [23; 52].

В 1981 р. Кристина Маслач, деталізувала цей феномен як особливий стан, що включає відчуття емоційного виснаження, знемоги; симптоми дегуманізації, деперсоналізації; негативне самосприйняття, а в професійному плані – втрату професійної майстерності На думку науковиці, вигорання – це результат невідповідності між особистістю та роботою, синдром фізичного та емоційного виснаження, який бере початок із стресу міжособистісних взаємин і включає розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрату розуміння та співчуття. Кристина Маслач та Сьюзан Джексон, узагальнивши чисельні визначення вигорання, дійшли висновку, що цей синдром складається з трьох основних складових (трьохфакторна модель вигорання) [87].

У найпоширенішій *трьохфакторній моделі* емоційного вигорання (К. Маслач і С. Джексон) синдром психічного вигорання є тривимірний конструкт, що включає в себе *емоційне виснаження, деперсоналізацію* і *редукцію (знецінення) особистих досягнень*. Емоційне виснаження розглядається як основна складова емоційного вигорання та проявляється у зниженому емоційному фоні, байдужості або емоційному перенасиченні. Друга складова (деперсоналізація) позначається в деформації відносин з іншими людьми. В одних випадках це може бути підвищення залежності від оточуючих. В інших –

посилення негативізму, цинічність установок і почуттів по відношенню до реципієнтів: пацієнтів, клієнтів тощо. Третя складова емоційного вигорання – редукція особистісних досягнень – може виявлятися або в тенденції негативно оцінювати себе, занижувати свої професійні досягнення й успіхи, негативізмі по відношенню до службових досягнень і можливостей або зменшенні власної гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків по відношенню до інших [23; 52].

У чотирьохфакторній моделі емоційного вигорання (Р. Фірс, Б. Л. Шваб) один з його елементів (емоційне виснаження, деперсоналізація або редукування персональних досягнень) поділяється на два окремих, внутрішньо і зовнішньо обумовлених *фактори*: перші – породженні умовами праці (організаційні і рольові), а другі – є індивідуально-психологічні особливості фахівця, а також задоволеність професійною діяльністю, соціально-психологічним кліматом колективу, спрямованість особистості [23; 52].

Таким чином, саме фізичне середовище, зміст роботи та соціальні взаємодії є тими зовнішніми причинами, які найчастіше призводять до виникнення емоційного виснаження.

Однак, найбільш загальноприйнятим, є розуміння вигорання, запропоноване Кристиною Маслач і Сьюзан Джексон. Згідно з яким під психічним вигоранням розуміється «стан фізичного, емоційного і розумового виснаження, що проявляється в професіях соціальної сфери». Психолог зазначає, що «професійне вигорання – це не втрата творчого потенціалу, а емоційне виснаження, що виникає на тлі стресу у процесі міжособистісного спілкування» [87].

Цей синдром включає три складових: емоційне виснаження, деперсоналізацію (цинізм) і редукцію професійних досягнень.

Емоційне виснаження – основна складова професійного вигорання; характеризується переживаннями зниженого емоційного тонусу, зникненням

інтересу до оточення, байдужості або емоційного перенасичення, виявляється в прояві агресивних реакцій, в сплесках гніву, відчутті спустошеності власних емоційних ресурсів, симптомах депресії. Проявляється як емоційне перенапруження, відчуття емоційної та фізичної спустошеності, викликане власною роботою або тривалим перебуванням в емоційно-перевантажених ситуаціях спілкування; характеризується «особливим» ставленням до професійної діяльності, тобто «ідентифікацією з роботою» [28; 52].

Деперсоналізація (посилення негативізму, цинізм) – негативне байдуже погіршене ставлення до себе, або і до оточуючих; спілкування стає знеособленим та формальним; виникають негативні установки, які на початковому етапі мають прихований характер і можуть виявлятися у внутрішньому роздратуванні, яке з часом проривається назовні і призводить до конфліктів.

Працівники використовують самоусунення та емоційне відчуження як спробу впоратись з емоційними стресорами на роботі. У крайніх проявах людину майже нічого не хвилює з професійної діяльності, майже ніщо не викликає емоційного відгуку – ні позитивні обставини, ні негативні. Втрачається інтерес до суб'єкта професійної діяльності, він сприймається як неживий предмет, присутність якого навіть деколи неприємна.

Деперсоналізація виникає при емоційних перевантаженнях і характеризується негативними реакціями, які проявляються через небажання спілкуватися, схильність до приниження, ігнорування прохання. Подібне ставлення до навколишніх людей та професійної діяльності триває до тих пір, поки сам фахівець не зверне увагу на свою поведінку. З часом в нього з'являється почуття провини і тоді наступає третя стадія – редукція особистісних досягнень [24; 28; 52].

Редукція особистих досягнень – це нав'язливе усвідомлення фахової некомпетентності в своїй професійній сфері, усвідомлення відсутності

результативності, тенденція до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, обмеження можливих шляхів професійного зростання. Редукція особистісних досягнень характеризується зниженням робочої продуктивності та позначається в зменшенні цінності власної діяльності, невдоволеності собою, негативному самосприйнятті в професійному плані, появі байдужості до роботи, усвідомленні неуспіху та заниженій оцінці власної компетентності. Саме за таких умов професійні ситуації стають найбільш напруженими та «вибухонебезпечними», вимагають значної мобілізації психічних сил. При такому ставленні до роботи будь-яка, навіть незначна, невдача сприймається як особиста, а зауваження з боку керівництва – як претензії до самого себе. Пізніше розвинута сильна залежність від роботи може призвести до повного розпачу й порожнечі.

Крістіна Маслач вважає, що психокорекція професійного вигорання дає результат лише на перших двох стадіях. Коли синдром досягає третьої стадії, його подолання можливе лише шляхом тривалої та глибокої психотерапії.

На думку Ганса Сельє, вигорання можна прирівняти до дистресу в його крайньому прояві. У його концепції стресом пояснювали всі випадки дезадаптації особистості або негативні зміни у житті людини [68].

У посібнику «Профілактика «синдрому» професійного вигорання у працюючих в екстремальних умовах» О. Мірошниченко повідомляє, що вчений Володимир Бойко розробив власну класифікацію симптомів, що супроводжують різні компоненти «професійного вигорання» [43; 66].

Перший компонент – «напруження» – характеризується відчуттям емоційної виснаженості, втоми, викликаною власною професійною діяльністю. Це виявляється у таких симптомах, як:

1) переживання психотравмуючих обставин – людина сприймає умови роботи та професійні міжособистісні стосунки як психотравмуючі;

2) незадоволеність собою – незадоволеність власною професійною діяльністю і собою як професіоналом;

3) «загнаність у кут» – відчуття безвиході у даній ситуації, бажання змінити роботу чи професійну діяльність взагалі;

4) тривога і депресія – розвиток тривожності у професійній діяльності, підвищення нервовості, депресивні настрої.

Другий компонент – «резистенція» (від лат. *resistentia* – опір, протидія) – характеризується надмірним емоційним виснаженням, що провокує виникнення та розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою, байдужою. На такому тлі будь-яке емоційне залучення до професійних справ та комунікацій викликає у людини відчуття надмірної перевтоми. Це виявляється у таких симптомах, як:

1) неадекватне вибіркове емоційне реагування – неконтрольований вплив настрою на професійні стосунки;

2) емоційно-моральна дезорієнтація – розвиток байдужості у професійних стосунках;

3) розширення сфери економії емоцій – емоційна замкненість, відчуження, бажання припинити будь-які комунікації;

4) редукція професійних обов'язків – згортання професійної діяльності, прагнення якомога менше часу витрачати на виконання професійних обов'язків [26].

Третій компонент – «виснаження» – характеризується психофізичною перевтомою людини, спустошеністю, нівелюванням власних професійних досягнень, порушенням професійних комунікацій, розвитком цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися з робочих питань, розвитком психомоторних порушень. Тут виявляються такі симптоми, як:

1) емоційний дефіцит – розвиток емоційної нечуттєвості на тлі перевиснаження, мінімізації емоційного внеску у роботу, автоматизм та спустошення при виконанні професійних обов'язків;

2) емоційне відчуження – створення захисного бар'єру у професійних комунікаціях;

3) особисте відчуження (деперсоналізація) – порушення професійних стосунків, розвиток цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися при виконанні професійних обов'язків та до професійної діяльності взагалі;

4) психосоматичні та психовегетативні порушення – погіршення фізичного самопочуття, розвиток таких психосоматичних та психовегетативних порушень, як розлад сну, головний біль, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних хвороб тощо [43].

Володимир Бойко характеризує синдром емоційного вигорання як набутий особистістю механізм психологічного захисту у формі «виключення» емоцій тобто зниження енергетики, у відповідь на психотравмуючі впливи, а також розширення сфери негативних емоцій і зменшення дії позитивних емоцій. Тому вигорання можна розглядати як функціональний придбаний стереотип професійної поведінки, який дозволяє особистості дозувати та економно витрачати енергетичні ресурси [19; 66].

Виходячи з цього, емоційне вигорання Бойко вважає конструктивним в якості захисного механізму особистості, що має руйнівні наслідки для цієї особистості, її відносин з оточуючими та її професійної діяльності, а в подальшому призводить до професійної деформації.

За визначенням Марії Водоп'янової, емоційне вигорання – це довготривала стресова реакція, яка виникає внаслідок тривалих професійних стресів середньої ефективності. Її можна розглядати в аспекті особистісної деформації, яка відбувається під впливом професійних стресів [66].

У свою чергу Ганс Сельє виділяв три стадії стресу:

1. *Стадія тривоги*, на якій організм мобілізується для зустрічі з загрозою, відбуваються біологічні реакції, які обумовлюють боротьбу або втечу. На початковій фазі зниженої здатності людини до опору настає шок, при якому активізуються індивідуальні захисні механізми людини. Стадія тривоги виникає при першій появі стресора [73].

2. *Стадія резистентності* (опору), яка настає в результаті тривалої дії стресора й необхідності підтримки захисних сил організму. Організм намагається чинити опір загрозі або справлятися з нею, якщо її не можна уникнути. Це стадія максимальної адаптації та успішного повернення до душевної рівноваги, тіло адаптується до стресу і повертається до нормального стану. Але, якщо стрес не зникає або не спрацьовує захисний механізм, тоді людина переходить до третьої стадії.

3. *Стадія виснаження*, яка настає у випадку порушення захисних пристосувальних механізмів при сильному і тривалому впливі стресора, різко знижуються адаптаційні резерви та опір організму, виникає відчуття спустошенності. Тривала дія стресу і неможливість людини до адаптації можуть виснажити ресурси тіла, призвести до хвороб [40; 73].

Професійне вигорання як стресова реакція є наслідком тривалих напружень середньої інтенсивності, тому, спираючись на визначення стресового процесу за Гансом Сельє (стадій тривоги, резистентності, виснаження), цей синдром можна вважати третьою стадією зі стійким і неконтрольованим рівнем збудження. Професійний стрес - це складна галузь дослідження стресових станів, який співвідноситься з негативними та позитивними емоціями і почуттями та створюється факторами, що носять характер загрози або перешкод [67].

Річард Лазарус вважає, що стресову реакцію треба розуміти, як результат того, що в кожній конкретній ситуації особистість вимагає від себе і

чи зможе в кожній конкретній ситуації впоратися з суб'єктивною загрозою, якщо ця ситуація такою йому видається [34].

Джеральд Гринберг, один з дослідників розуміння феномену «емоційного вигорання», розглядає емоційне вигорання як процес, який охоплює 5 стадій:

– *перша стадія* емоційного вигорання – це «медовий місяць»: працівник спочатку отримує задоволення від професії і з ентузіазмом виконує завдання, але, що більше стресових ситуацій у професійній діяльності, то менше задоволення він отримує.

– на *другій стадії* з'являється втома, апатія, безсоння та, за відсутності додаткової мотивації, стимулювання, працівник втрачає інтерес до трудової діяльності, зникає зацікавленість працювати продуктивно, виникають порушення трудової дисципліни, висока мотивація призводять до професійного виснаження працівника: надміру використовуються внутрішні ресурси, але це ще не завдає шкоди здоров'ю.

– на *третій стадії* виявляються хронічні симптоми: надмірна праця, відсутність чергування праці із відпочинком викликає фізичну втому та захворювання, психологічні переживання, роздратованість, загострену озлобленість і безсилля.

– на *четвертій стадії* розвиваються хронічні захворювання, внаслідок яких людина частково або повністю втрачає працездатність, підсилюється переживання незадоволення собою, обраною професією та власним життям.

– на *п'ятій стадії* емоційного вигорання усі фізичні та психологічні проблеми переходять у гостру форму, а небезпечні захворювання розпочинають загрожувати життю людини. Отож, проблеми у професійній діяльності призводять до загрози кар'єрному зростанню фахівця [10].

На сучасному етапі розвитку зарубіжної психології феномен вигорання досліджується в психології стресових станів (вигорання як результат стресу), в межах психології професійної діяльності (вигорання як форма професійної

деформації) та екзистенційної психології (вигорання як стан фізичного і психічного виснаження, що виникло в результаті довготривалого перебування в емоційно напружених ситуаціях) [30].

Невідповідність між очікуваннями і ресурсами працівника, з одного боку, і попиту на робочі місця та високу конкуренцію – з іншого може призводити до вигорання, а депресія може бути визначена як спосіб реагування на стресори, з якими неможливо впоратися.

Також у сучасній зарубіжній психології активно обговорюється питання співвідношення синдрому вигорання із симптомами депресії, при цьому дослідники, які вважають вигорання різновидом професійного стресу, схильні вважати, що існує прямий зв'язок між депресією та вигоранням [21].

У Міжнародній класифікації хвороб у класифікаційній рубриці «Проблеми, пов'язані з труднощами управління власним життям» за номером Z.73.0: «Вигорання – стан повного виснаження, дійсний клінічний синдром з невротичними особливостями, а не тільки посиленням нормальної втоми від роботи». Термін «професійне вигорання» вказується в МКХ-10 як хвороба, що виникла в результаті довготривалого невирішеного стресу на робочому місці.

Люди з синдромом «вигорання» мають поєднання психопатологічних, психосоматичних, соматичних симптомів і ознак соціальної дисфункції. Спостерігаються хронічна втома, когнітивна дисфункція (порушення пам'яті та уваги), порушення сну з труднощами засинання та ранніми пробудженнями, особисті зміни. Можливий розвиток тривожного, депресивного розладів, залежності від психоактивних речовин, суїцид. Загальними соматичними симптомами є головний біль, гастроінтестинальні (діарея, синдром «роздратованого шлунку») і кардіоваскулярні (тахікардія, аритмія, гіпертонія) порушення [41; 86].

Професійне вигорання – це реакція – відповідь організму, на тривалий стрес міжособистісних комунікацій та перевантаження на роботі. Воно часто

приносить неприємні почуття, пов’язані з професійним середовищем: відчуття марності, хроніфікованої втоми та розпачу. Людина з професійним вигоранням не відчуває мотивації та інтересу до роботи, а також стає байдужою до роботи, яка раніше її радувала та заряджала. За цих умов вигорання розглядається як придбаний стереотип емоційної, здебільшого, професійної поведінки, або професійної деформації особистості. Важливо відзначити, що вигорання не минає за день чи два: це серйозний симптом, який може тривати тижнями та навіть місяцями.

Емоційне вигорання схоже на професійне своїми ознаками: воно також викликає почуття відчуженості, виснаження, байдужості та спустошеності. Людина почувається так, ніби з неї висмоктували всі сили – їй вже нічого не хочеться. Воно проявляється як вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на вибірковий психотравмуючий вплив. Єдина відмінність полягає в тому, що емоційне вигорання не обов’язково пов’язане з роботою: його може спричинити напруга в особистому житті, в сім’ї чи колі друзів [79].

При цьому, професійне та емоційне вигорання тісно пов’язані поміж собою, обидва стани мають загальний корінь та схожу симптоматику, тому завжди взаємопідсилюють один одного.

1.2. Специфіка прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни

Емоційне вигорання медичних працівників в умовах війни – це складний багатовимірний синдром, що характеризується хронічним емоційним та фізичним виснаженням, цинізмом або деперсоналізацією, а також зниженням відчуття професійної ефективності та особистих досягнень. Він виникає внаслідок тривалого впливу екстремальних стресових факторів, пов'язаних з

роботою в умовах підвищеної небезпеки, інтенсивного емоційного навантаження, обмежених ресурсів та морально-етичних викликів, що притаманні медичній практиці під час військових дій [80].

Специфіка умов війни відображається через акцент на екстремальних стресових факторах: підвищена небезпека для життя та здоров'я, інтенсивне емоційне навантаження від роботи з великою кількістю хворих, військових поранених та цивільних поранених, свідчення людських страждань та смерті, обмежені ресурси та морально-етичні виклики. Це дозволяє точніше діагностувати вигорання, враховуючи специфічні симптоми та причини, притаманні саме цій групі [39].

Актуальність для медичних працівників України полягає в тому, що визначення відображає реалії, з якими вони стикаються під час війни. Це сприяє розробці адекватних інтервенцій, оскільки стратегії профілактики та подолання вигорання будуть більш ефективними, якщо вони базуються на реальних потребах та умовах роботи медиків.

Підкреслення професійної ефективності та особистих досягнень важливе, оскільки в умовах війни медичні працівники можуть відчувати безсилля або недостатність своїх зусиль через високі показники смертності чи неможливість допомогти всім потребуючим. Це впливає на їхнє відчуття професійної ефективності та особистих досягнень [1].

Всесвітня організація охорони здоров’я також визнала синдром вигорання сучасною проблемою медичного суспільства. Згідно з визначенням ВООЗ, «синдром вигорання» (*burnout syndrome*) – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі та втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин із метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності та (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки. Цей

синдром звичайно розцінюється як стрес-реакція у відповідь на безжалісні виробничі та емоційні вимоги, що відбуваються через надмірну відданість людини своїй роботі з супутньою цьому зневагою до сімейного життя або відпочинку» [64].

В міжнародних класифікаціях хвороб теж відображено синдром. За Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10) синдром емоційного вигорання належить до класифікаційної рубрики «Проблеми, пов'язані з труднощами подолання життєвих ускладнень та управління власним життям»: «Вигорання» (Z73.0), або «Розлади адаптації» (F43), або «Неврастенія» (F48).

Згідно з роз'ясненням ВООЗ, його слід пов'язувати виключно з професійною діяльністю. Цей розлад описують як «хронічний стрес на робочому місці, з яким працівник своєчасно не впорався» [53].

Ядром майбутнього синдрому емоційного вигорання у медичних працівників розглядаються три компоненти у вигляді клінічних проявів професійного стресу:

1. *Емоційна виснаженість* – стан спустошення, близький до так званої anaesthesia dolorosa psychica (болючої/скорботної психічної нечутливості).

2. *Цинізм (деперсоналізація)* – холодне, бездушне, негуманне ставлення до пацієнта, бачення в ньому не живої людини, комплексної особистості, а лише «організму», об'єкта певних дій.

3. *Редукція професійних досягнень* – почуття власної некомпетентності, знецінення свого професійного досвіду, відсутність перспектив. До цих глобальних симптомів також можуть приєднуватися різні додаткові симптоми та різноманітні масковані (соматизовані) форми [54].

Медичні працівники – лікарі, молодший медичний персонал, при виконанні своїх професійних обов'язків постійно мають справу зі смертю і

стражданнями інших людей. Для цієї професії вкрай актуальною проблема «невключення» своїх почуттів у ситуацію пацієнта [77].

Однією з основних причин емоційного вигорання у медичних працівників є емпатія – здатність розуміти емоційний стан пацієнта та співпереживати йому. Оскільки медична діяльність пов'язана зі здоров'ям та якістю життя людини, працівники галузі, в яких розвинене почуття емпатії, особливо гостро можуть реагувати на наслідки своєї професійної діяльності. Симптоми емоційного вигорання проявляються, коли лікар довго віддає занадто багато енергії і не має достатньо часу, щоб його поповнити [75; 77].

Усі прояви емоційного вигорання можна розподілити за такими групами симптомів: фізичні, емоційні, поведінкові, інтелектуальні, соціальні.

Фізичні симптоми емоційного вигорання:

– втома, фізичне стомлення, виснаження;

– зміна ваги;

– недостатній сон, безсоння;

– поганий загальний стан здоров'я, в тому числі за відчуттями;

– ускладнене дихання, задишка, нудота, запаморочення, надмірна пітливість, тремтіння, підвищення артеріального тиску;

– виразки і запальні захворювання шкіри;

– хвороби серцево-судинної системи.

Емоційні симптоми емоційного вигорання:

– нестача емоцій;

– песимізм, цинізм і черствість у роботі й особистому житті;

– байдужість, втома;

– відчуття безпорадності та безнадійності;

– агресивність, дратівливість; [23]

– тривога, посилення ірраціонального занепокоєння, нездатність зосередитися;

– депресія, почуття провини;

– істерики, душевні страждання;

– втрата ідеалів, надій або професійних перспектив;

– збільшення деперсоналізації своєї чи інших – люди стають безликими, як манекени;

– переважає почуття самотності;

Поведінкові симптоми емоційного вигорання:

– робочий час більше 45 годин на тиждень;

– під час роботи з'являється втома і бажання відпочити;

– байдужість до їжі;

– мале фізичне навантаження;

– виправдання вживання тютюну, алкоголю, ліків;

– нещасні випадки – падіння, травми, аварії та ін.;

– імпульсивна емоційна поведінка;

Інтелектуальні симптоми емоційного вигорання:

– втрата інтересу до нових теорій та ідей у роботі, до альтернативних підходів у вирішенні проблем;

– нудьга, туга, апатія, втрата смаку та інтересу до життя;

– більша перевага надається стандартним шаблонам, рутині, ніж творчому підходу;

– цинізм або байдужість до нововведень;

– мала участь або відмова від неї в розвиваючих експериментах – тренінгах, освіті;

– формальне виконання роботи;

Соціальні симптоми емоційного вигорання:

– низька соціальна активність; [23]

– втрата інтересу до дозвілля, захоплень;

– соціальні контакти обмежуються роботою;

– мізерні відносини на роботі і вдома;

– відчуття ізоляції, нерозуміння інших та іншими;

– відчуття нестачі підтримки з боку сім’ї, друзів, колег [23].

З точки зору інструмента оцінки вигорання, емоційне вигорання є важким станом виснаження, пов’язаним з роботою, що характеризується крайньою втомою, дисфункцією та порушенням здатності регулювати емоційні та когнітивні процеси, а також розумове дистанціювання.

Таким чином, виснаження та розумове дистанціювання можна вважати основними параметрами вигорання. Вигорання є посередником у відносинах між вимогами роботи та проблемами зі здоров'ям [82].

Важливою ознакою в професійній діяльності медичних працівників є вияв співчуття до пацієнта. Щодня представники медичної галузі стикаються з людською трагедію, яку несе за собою російська агресія, бачать її на власні очі, тому поряд з емоційним вигоранням проявляється і «*втома від співчуття*». Співчуття є важливою якістю, яка відрізняє людину від тварини, це відчуття глибокого співчуття до людини, яка страждає, у поєднанні з бажанням вирішити її нещастя або допомогти впоратися з її болем. Але співчуття має свою ціну, особливо якщо ми часто стикаємося з досвідом, що травмує інших людей. Едвард Тітченер ввів термін «емпатія», переклавши німецьке слово «*einfühlung*» як «вчуватися», і дав визначення, що емпатія – є входження в почуття іншої особи» [82].

Емпатія – співпереживання емоційним станам пацієнта, на особистому рівні. «Психологічний механізм, що лежить в основі втоми від співчуття, – це зниження рівня чутливості. По суті, це щось на кшталт емоційної фільтрації або фільтрації уваги, покликаної захистити нас від травматичних або нестерпних страждань, з якими ми не зможемо впоратися», – пояснює експерт у галузі вивчення ЗМІ з університету штату Огайо в США Бред Бушман. Однак, під час виконання медичних маніпуляцій, щоб лікувальні дії дали бажаний результат ці

почуття мають відступати на другий план, перед зосередженістю волі і розуму, знань і вмінь під час виконання медичних маніпуляцій, щоб лікувальні дії дали бажаний результат ці почуття повинні відступати на другий план. Адже фахівець медичної справи повинен бути завжди зібраним, холоднокровним, не «втрачати голови», вміти «відключатися» від всього, що може завадити виконанню лікувального завдання.

Втома від співчуття – це один з видів стресу, пов'язаних з емпітаєю, який виникає внаслідок контакту з травмованою особою під час допомоги їй [66].

Він передбачає поєднання вторинного травматичного стресу і *кумулятивного (накопичувального, тобто того, що наростає в часі) вигорання*, стану фізичного та психічного виснаження, спричиненого зменшеною здатністю справлятися з повсякденним середовищем. Такий стан може впливати на загальний стан людини та вплинути на її життя загалом, стосунки з колегами або призвести до ПТСР, тривожності або депресії. Термін «втома від співчуття» був створений саме для опису явища стресу, що виникає в результаті контакту з травмованою особою, а не від впливу самої травми [82; 86].

Є чотири типи симптомів, які можуть свідчити про втому від співчуття:

Емоційні симптоми:

– почуття пригнічення, безнадії, безпорадності чи безсилля, коли чуєте про страждання інших;

– почуття гніву, дратівливості, смутку та тривоги;

– почуття відірваності від оточення, фізичного чи емоційного досвіду;

– почуття емоційного, психологічного чи фізичного виснаження, вигорання або заціпеніння;

– зменшення емпатії;

– почуття гіперчутливості або нечутливості до історій, які ми чуємо, емоційного матеріалу, який ми можемо почути чи побачити;

– обмежена толерантність до стресу.

Когнітивні симптоми:

– постійні роздуми або зосередження на стражданнях тих, хто пережив травму;

– постійне самозвинувачення або думки «Я мав або міг зробити більше»;

– зміни в системах переконань або значення в життя;

– зниження почуття особистих і професійних досягнень або ефективності;

– труднощі з концентрацією, зосередженням або прийняттям рішень.

Фізичні симптоми:

– нудота, запаморочення, головні болі;

– труднощі зі сном і кошмари;

– напруга, збудження та нервозність.

Поведінкові симптоми:

– самоізоляція та відмова;

– погане пристосування, наприклад самолікування та збільшення вживання психоактивних речовин;

– конфлікт у стосунках;

– почуття меншої ефективності або продуктивності на роботі;

– зменшення задоволення від занять, які ми звикли отримувати задоволення, і зниження задоволення від роботи [37; 52].

Багато досліджень також показали, що це негативно впливає на фізичний і психічний добробут робітників. У тих, хто страждає від емоційного вигорання, діагностовано депресивний або тривожний розлад [62].

Вигорання не є психологічним розладом, але його симптоми мають як фізичний, так і психологічний вплив. До фізичних симптомів вигорання, можна віднести найбільш поширені симптоми які безпосередньо впливають на працездатність людини: проблеми шлунково-кишкового тракту, частий головний

біль, серцево-судинної системи, підвищений кров'яний тиск, зниження імунної функції, проблеми зі сном [2].

Оскільки основною причиною вигорання є хронічний стрес, то в організмі такої людини спостерігаються загальні симптоми стресових реакцій. Хронічний стрес може відчуватися фізично у вигляді сильнішого болю, низького рівня енергії та змін апетиту. До психологічних симптомів психічного вигорання належать: проблеми з концентрацією, депресія, почуття марності, втрата інтересу чи задоволення, суїцидальні думки [7].

Робота з населенням, хто пережив травматичні події, впливає на медичних працівників та лікарів, які надають допомогу їм. Натомість, у фахівця часто виникають переживання, схожі на ті, які відчуває травмований пацієнт. Це явище отримало назву *вторинної* або *вікарної травматизації*. Ліза Маккенн та Лорі Енн Перлман описують її як порушення власних уявлень про навколишній світ та про себе як про фахівця, який допомагає травмованій людині. Розповіді клієнтів можуть викликати шокову реакцію та призвести до стійких змін в особистості фахівця. Вторинний травматичний стрес тісно пов'язаний «синдромом вигорання», хоча і не є його повним аналогом. Проте, і вторинна травматизація, і емоційне вигорання мають спільне – це тенденцію до накопичення і приводять до схожих наслідків: астенізація, тривога, вина, безсоння, депресії, порушення комунікації з сім'єю і значущими для цієї особи людьми, психосоматичні розлади, психогенні реакції у вигляді нав'язливих фантазій, думок, фобій, зміна ставлення до клієнтів та колег тощо. Відмінності між ними криються в причинах виникнення цих станів: вікарна травматизація найчастіше виникає як вторинна реакція на емпатійне співпереживання клієнта з травматичними чи проблемними ситуаціями, синдром вигорання може виникати при роботі з будь-якими клієнтами [8].

Отже, *вторинна травматизація* – це феномен проживання події, про яку є мозаїчна інформація і відсутні логічні ланки «домальовує» лімбічна система у

вигляді фантазійних ілюзорних новоутворень, прийнятих свідомістю за справжні. Внутрішнє промальовування події набагато яскравіше, страшніше ніж процес проживання самої події, адже подія відбулася, а в ілюзіях може тривати скільки завгодно часу, обростаючи новими і новими подробицями, що руйнують психіку [6].

За ступенем інтенсивності вторинну травматизацію ми розділяємо на 3 типи:

– травма свідка, коли людина безпосередньо спостерігає за подією, але не є її учасником, має чіткі, але мозаїчні спогади про її деталі і лімбічна система лише додає фрагменти події, яких бракує для цілісного сприйняття (близько 10 – 20%). Фантазійним образам в такому випадку «місця немає», є лише деякі деталі, які допомагають вибудувати логічний ланцюжок події. Людина активно реагує на подію, що спостерігає її когнітивна, емоційна і поведінкова сфери у конгруентні ситуації;

– травма слухача, коли людина не причетна до події, але близька до її учасників та має змогу слухати від них подробиці й бачити емоційні реакції. В такому випадку лімбічна система людини «домальовує» до половини нібито інформації про подію, додаючи своєї емоційності в інтерпретацію події при її переказуванні або спогаді. Цей ефект спостерігається і добре демонструється в дитячій грі «Зіпсований телефон», коли перші гравці майже точно передають інформацію, з невеликими спотвореннями, а наступні змінюють її до невпізнання. Людина, що схильна до такого типу вторинної травми, бере активну емоційне участь в діалозі, може безпосередньо реагувати на розповідь, когнітивна сфера в такому випадку лише допомагає «добудувати» логіку та цілісність сприйняття події;

– травма глядача, коли людина має в наявності лише вивірений відрізок події з готовими інтерпретаціями і психіка «домальовує» на «презентований» ЗМІ епізод таку кількість інформації, яка докорінно змінює саму подію в

уявленні людини. Сама назва вказує на основне джерело вторинного травмування – ЗМІ [17].

До вторинної травматизації схильні люди, дотичні до події опосередковано крізь призму чужого досвіду. Умовно ми їх розділяємо на 3 групи:

1. Родичі, друзі, близьке оточення людини, безпосередньо потерпілої, які спостерігають за проявами симптомів і часом стають жертвами агресії і інших наслідків травми. Родичам доводиться порівнювати свою поведінку з можливими реакціями потерпілого і підлягати щоденному травмуванню;

2. Глядачі і читачі ЗМІ, схильні до так званої медіатравми. Медіатравма – це травмування психіки через спостереження за подією по інший бік екрану. Ця природна здатність психіки доповнювати недостатню інформацію в даному випадку призводить до негативних наслідків [61].

3. Фахівці, які працюють з постраждалими, постійно стикаються з травматичними подіями, бачать їх наслідки, що призводить до емоційного виснаження. Це пов'язано з тим, що вони не лише надають допомогу, але й емоційно залучаються до чужого горя. У цьому випадку ми можемо говорити про травмованого медичного працівника, пожежника, юриста, лікаря, психолога, соціального працівника, вчителя, волонтера. Тому, для збереження їхнього професійного здоров'я, важливо дотримуватися нормативів робочого часу та забезпечувати всіляку підтримку [3].

Розуміємо, що цього впливу важко уникнути: допомога пацієнтові часто пов'язана з людськими стражданнями, смертю, колосальними навантаженнями на нервову систему, високою відповідальністю за життя і благополуччя інших людей; заснована саме на співчутті його стражданням, що й спричиняє вторинну травматизацію. Крім того, пацієнт розповідає про обставини, події, що були травматичними, виражає складні сильні почуття, і, в той же час, швидкі зміни в

стані пацієнта неможливі, хоча спеціаліст дуже прагне полегшити його біль, і це зумовлює почуття власного безсилля, посилює дію вторинної травми [8].

Саме ця обставина додає вікарній травмі відтінку такого виду шокової травми як «Я – винуватець». Якщо емоційне вигорання розвивається завжди поступово (накопичений стрес), то вторинна травма може виникнути раптово як реакція на інформацію щодо первинної травми, яку зазнала людина, і без жодної можливості запобігти цьому. Процес вторинної травматизації супроводжується сильними почуттями жаху та безпорадності. Деякі симптоми вторинного травматичного стресу схожі на класичні симптоми посттравматичного стресового розладу:

– повторне переживання травматичної події в сновидіннях або спогадах; уникнення ситуацій, думок, вражень, які можуть бути пов’язані з травматичною подією, і, як наслідок, відмова від певних видів діяльності, спілкування з певними людьми тощо;

– постійне збудження, розлади сну та апетиту, проблеми концентрації уваги тощо [17].

Ці симптоми виникають безпосередньо після зіткнення з травматичною подією, їх наявність є природньою впродовж місяця після стресу та може бути ознакою вторинного травматичного розладу, якщо продовжуються довше. Але важливим є те, що, крім стандартних симптомів посттравматичного стресового розладу, до вікарної чи вторинної травми належать ще і порушення в когнітивних схемах та базових переконаннях терапевта [8].

Отже, коли ми говоримо про роботу з фахівцями, що працюють з травмами війни – медики, психологи, юристи, пожежники тощо, маємо чітко розуміти, чи це вигорання, чи це вікарна травматизація. Адже шляхи подолання наслідків мають буди також різні. Відпочинок, що допомагає на ранніх стадіях емоційного вигорання, не є ліками від травми. При поверненні на роботу медик,

зважаючи також на те, що може мати власні психотравми, знову травмується, через безпосередню допомогу пацієнтам і продовжує страждати.

З огляду на це – найважливіша профілактика вторинної травматизації буде:

− усвідомлення її проявів;

− турбота про себе та зниження рівня стресу завдяки релаксації, отримання задоволення, грі, вмінню відволікатися від переживань, пов’язаних із роботою;

− трансформація негативних переконань, почуття відчаю, втрати сенсу і безнадії за допомогою прагнення віднайти сенс як у важливих подіях, так і буденних справах життя: заході сонця, тілесному контакті з близькими, спілкуванні з колегами [64].

Ірина Ільїна та Марія Соловейчик виділяють три аспекти роботи з вторинною травмою: усвідомлення, баланс (в тому числі, баланс роботи та відпочинку, розумової та фізичної праці, внутрішню рівновагу) та зв’язок з іншими людьми (з природою, мистецтвом, Богом тощо), бо медичному фахівцю, щоб зберегти «себе», важливо зберегти цілісне бачення світу [57].

Необхідно окреслити ще один аспект спрямованості професійної діяльності фахівців медичної сфери – *самосвідомість,* що сприяє усвідомленню медика як особистості та професіонала у власних відносинах із зовнішнім світом та іншими людьми. Самосвідомість проявляється в різних формах. Так, самоаналіз, самооцінка, самокритика пов'язані з пізнавальною стороною психічної діяльності особистості, тоді як самопочуття, самолюбство, самовихваляння, самовпевненість, скромність, почуття відповідальності, обов'язку, власної гідності – пов'язані з емоційною стороною психічної діяльності особистості. Саме стриманість, самоволодіння, самоконтроль, ініціатива, самодисципліна пов'язані з вольовою стороною психічної діяльності медиків.

Однією з найважливіших якостей медичного працівника є *емоційна стійкість*. Ключовим виявом емоційного стану особистості є настрій. Відзначаючи значення настрою як чинника соціальної орієнтації та діяльності особистості, можна зазначити, що ні слова, ні думки, ні навіть вчинки не виявляють так яскраво нас самих і наше ставлення до світу, як наш настрій: у ньому відображається характер не окремої думки, не окремого рішення, а всього змісту душі [50].

Настрій – це свого роду акумулятор всієї інформації, яка сприймається і переробляється індивідом за одиницю часу. Тому настрій є тривалим емоційним станом, що створюється зовнішніми впливами на особистість залежно від її індивідуальних особливостей і темпераменту. Нестійкість настрою медичного працівника, зазвичай, пов'язана не лише безпосередньо з конкретною медичною ситуацією, а й з комплексом найрізноманітніших зовнішніх чинників, роздумів і переживань. На настрій будь-якого українця впливають життєві турботи, занепокоєння викликані безпековою ситуацією в регіоні де мешкає людина, ображене самолюбство, докори сумління і таке інше. Будь-яка з цих емоцій або їхнє поєднання можуть бути помітні пацієнтам і заважати нормальній діяльності фахівця. І якщо медичний працівник не в змозі подолати «поганий» настрій, то це може спричинити прийняття неправильного рішення, здійснення хибних медичних дій, створення напружених відносин із пацієнтами [69].

Ставлення медичного працівника до пацієнта не може визначатися лише емоціями. Поведінка медика, особливо коли він змушений діяти швидко і рішуче, інколи здається пацієнтам та їхнім родичам байдужою, а сам медичний працівник – відчуженим і холодним. Для гуманного ставлення медичного працівника до пацієнтів оптимальним є вияв розуміння їхнього суб'єктивного стану, чуйне, але не багатослівне співчуття, ніж повне і явне злиття з фізичним чи душевним болем до такої міри, щоб медик сам почав переживати емоційний шок.

На основі аналізу емоційних характеристик медичних працівників можна сказати, що для них важливі особисті якості, які допомагають ефективно справлятися зі стресом. Медик має вміти контролювати свої емоції, зберігати впевненість, керувати своїми реакціями та підтримувати професійну поведінку. Терпіння і ввічливість є невід'ємними складовими їхньої роботи, оскільки вони демонструють турботу і увагу до пацієнтів. Медичні працівники повинні розуміти, коли їм потрібно дистанціюватися від пацієнта, а коли слід бути ближчими до нього. Важливо також проявляти повагу до пацієнтів та вміти будувати з ними добрі взаємини, щоб ефективно вирішувати професійні завдання. Знання етичних принципів і законів психології професійного спілкування разом із професійною майстерністю медичних працівників сприятимуть наданню якісної медичної допомоги навіть у найскладніших випадках [69].

1.3. Система чинників, які впливають на прояв емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни

Останні роки характеризуються інтенсивним розвитком досліджень професійного вигорання серед медичних працівників. Особливо актуальною ця тема стала у зв'язку з пандемією COVID-19 та військовими конфліктами, які створили безпрецедентні умови для роботи медиків. Пандемія COVID-19, яка почалася у 2020 році, значно посилила проблему вигорання серед медичних працівників у всьому світі, вони опинилися на передовій боротьби з вірусом, що призвело до підвищення рівнів стресу та вигорання. А на зараз, в Україні, медичні працівники стикаються ще й з додатковими викликами [58].

У Міністерстві охорони здоров’я прогнозують, що через війну вже зараз психологічної підтримки потребують понад 15 млн. українців. Через спричинене війною психоемоційне напруження, у населення України хвороби, притаманні

для зрілого та літнього віку, будуть траплятися на 10 – 15 років раніше, ніж це було до війни. На думку деяких фахівців, для психологічної реабілітації українців після війни знадобиться до 20 років [82].

Робота медичних працівників належить до найбільш складних професій, існує велика кількість специфічних вимог до людей цієї професії, її виконання відбувається в умовах постійного стресу. За даними вітчизняних та зарубіжних дослідників, по статистиці синдром емоційного вигорання зустрічається серед представників медичних установ у 30 – 90 % випадків залежно від конкретної професійної діяльності. В Україні, у зв’язку з військовою агресією, навантаження на медичних працівників збільшилося в рази, тому проблема вигорання ще більше загострилася. За інформацією досліджень, наявність емоційного вигорання відмічають у 60 – 90 % медичних працівників. Серед лікарів високий рівень тривоги – 41 % випадків, клінічно вираженої депресії – 26 % випадків, у 26 % лікарів періодично, а у 8% – часто з’являються суїцидальні думки; третина лікарів використовує медикаментозні засоби для корекції емоційної напруги [41; 82].

Війна в Україні призвела до збільшення навантаження на медичну систему, а також до погіршення психічного здоров'я, а як наслідок – і фізичного здоров’я медиків.

В умовах військових дій медичні працівники стикаються з додатковими викликами, які суттєво впливають на їхнє фізичне та психічне здоров'я. Фізична небезпека, пов'язана з ризиком ракетних обстрілів, бомбардувань та влучань БпЛА, створює пряму загрозу для життя та здоров'я медичного персоналу. Психологічний тиск також значно посилює лікування важкопоранених, включаючи дітей, вимагає високого рівня емоційної стійкості та призводить до емоційного виснаження [38].

Постійний контакт з болем, смертю та трагічними ситуаціями підвищує ризик розвитку психологічних розладів, оскільки медичні працівники стають свідками людських страждань [31].

Питання виокремлення та класифікації чинників що сприяють виникненню емоційного вигорання або таких, що його гальмують є актуальним.

Серед основних чинників вигорання сучасні науковці виділяють такі групи: організаційні, соціальні, психологічні, особистісні.

Організаційні чинники – пов'язані з труднощами та відповідальністю на робочому місці. Наприклад: час, що витрачається на роботу, невизначений зміст трудової діяльності, високі вимоги роботи до працівника: продуктивність, професіоналізм, відповідальність, підготовка, характер керівництва, що не відповідає змісту роботи.

До *соціальних чинників* належить також престижність медичної професії в суспільстві, невизнання справжніх заслуг лікаря, конфлікти між колегами, неповажне ставлення пацієнтів. Іншими чинниками ризику соціального походження є переживання несправедливості, соціальна незахищеність, політична та економічна нестабільність соціуму, нерівність соціальних взаємин. Біологічні та соціально-демографічні чинники – вік, стать, тривалість роботи.

До *індивідуальних соціальних чинників*, що прискорюють емоційне вигорання лікарів, належать: стать (жінки більш схильні до емоційного вигорання); вік (молодші лікарі більш схильні до емоційного вигорання); вік дітей (наявність дитини віком до 21 року також пов'язана з підвищенням ризику емоційного вигорання).

Емоційні, психологічні чинники – пов'язані з особливостями характеру особи та когнітивних схем, за допомогою яких людина інтерпретує події життя. Робота практикуючих лікарів передбачає велику емоційну амбівалентну насиченість. З одного боку, це можуть бути задоволення з приводу успішно проведеного лікування, схвалення і повага колег; з іншого боку, часто

зустрічається пригнічення через помилки в діагнозі, напруженість діяльності, втома, розчарування в професії тощо [43; 59; 75].

Також, є очікування з боку пацієнтів та їхніх родичів не тільки, як на спеціалістів які вирішають фізіологічні проблеми, але, і, як на людей, від яких вони отримають співчуття, розуміння та емпатію. До *індивідуальних психологічних чинників* ризику дослідники відносять інтроверсію, знижену соціальну активність, соціальну дезадаптованість, внутрішню спрямованість інтересів і хобі, надмірну дратівливість та агресивність, авторитарність, знижену самооцінку та низьку самоповагу, крайнощі підтримуючої, співчутливої відповіді – або надзвичайно низьку, або ж, навпаки, надзвичайно високу емпатію [11].

Дослідники виявили зв'язок емоційного вигорання з різними акцентуаціями характеру – педантизм пов'язаний зі схильністю до знецінення власних професійних досягнень, збудливий тип акцентуації пов'язаний з більшою емоційною виснажливістю та схильністю до деперсоналізації.

Є дані, що складові емоційного інтелекту та самоефективність (*self – efficacy*) слугують захисними чинниками та зменшують ознаки емоційного вигорання [80].

У галузі охорони здоров'я дуже важливим є отримання медичними працівниками позитивних відгуків від пацієнтів та колег по роботі – відсутність цих позитивних відгуків породжує значний ризик розчарування у професії і, як наслідок, початок емоційного вигорання. Існує низка станів людини, які значно зменшують мотиваційний потенціал, це і психічні навантаження і стомлення, депресія. Відчуття тривоги і депресії є також симптомом емоційного «вигорання» [32].

Особистісний чинник – морально-етичні проблеми, розв'язання яких залежить від індивідуальних якостей лікарів. Барон Перлман і Алан Хартман як особистісні фактори емоційного вигорання розглядають: інтроверсію,

реактивність, авторитаризм, низьку самоповагу, низький рівень емпатії, трудоголізм, поведінкову реакцію на стрес, незадоволеність професією і професійним ростом [18].

Чинник середовища. На емоційний стан медичних працівників безпосередньо впливає атмосфера в колективі, відношення між колегами, прагнення до взаємодопомоги. Раціонально складений графік роботи і розпорядок дня в лікувальному закладі, можливість користуватися новими технологіями, прогресивними методами лікування дозволяють фахівцеві почуватися комфортно і максимально розкрити свій потенціал [33].

В умовах війни до перелічених, досліджених багатьма науковцями чинників, додаються такі фактори як особисті та опосередковані загрози. Виконуючи свої професійні обов'язки, в умовах військового стану, медичні працівники безпосередньо стикаються із типовими загрозами, які призводять до емоційного вигорання (надмірне навантаження, брак сну, відсутність самостійності, рівень шуму, змінні вимоги, етичні дилеми), так і з додатковими (особиста загроза, симптоми посттравматичного стресового розладу пов'язаного з роботою).

Сучасна війна, та, як наслідок, гуманітарна катастрофа, відбуваються в умовах, коли агресор нехтує безпекою та життям медичних працівників, грубо та безкарно порушує міжнародне гуманітарне право [4].

Характер нападів свідчить про те, що медичні заклади а також і медичні працівники часто постають військовими цілями. В умовах війни медичні працівники, як і всі інші, знаходяться не тільки під впливом значного ризику виникнення стресових станів, нервовопсихічних розладів, а й безпосередньої загрози здоров'ю та життю.

Негативні впливи викликають виснаження ресурсів організму, знижують працездатність, сприяють розвитку міжособистісних конфліктів, порушень дисципліни тощо, що є свідченням розвитку емоційного вигорання [33].

Тривала робота у таких напружених обставинах призводить до дезадаптації та зниження стійкості організму, що ускладняється відсутністю впроваджених заходів щодо запобігання та зменшення негативного впливу [5].

Дослідження науковців підтверджують що лікарі через емоційний вплив, який вищий за інші професії, схильні ризику виникнення емоційного вигорання. Під час розвитку емоційного вигорання у професіонала настає своєрідне зникнення або деформація емоційних переживань, які є невід'ємною частиною всього життя.

Також починають проявлятися симптоми такі як втома і виснаження після активної професійної діяльності, психосоматичні проблеми, наприклад, коливання артеріального тиску, головні болі, симптоми з боку травної та серцево-судинної систем, безсоння [30].

На нашу думку на емоційне вигорання медичних працівників впливає ряд чинників, розглянемо більш детально такі чинники як тривожність, депресія та рівень благополуччя.

Тривога – це нормальна і дуже важлива емоція, яка попереджає особистість про небезпеку і мобілізує до відповідних дій. У нашому мозку функціонує комплексна система тривоги. Вона дає нам змогу вчасно помічати загрози та запобігати їм [69].

Нормальний рівень тривоги, активує в організмі механізми еустресу – вид корисного здорового рівня стресу, ознаками якого є:

1) мобілізація фізичних ресурсів організму;

2) підвищення здатності приймати рішення;

3) не веде до виснаження та порушення психічного стану.

Надмірна тривога, запускає в організмі людини стан дистресу – це стадія виснаження, коли вмикаються механізми нездорового реагування на тригери (певні подразники для людини). Крім фізичних та когнітивних змін, відбуваються зміни психосоціальної сфери, тобто зміна поведінки [76].

Так як тривога дає дуже дискомфортне відчуття, то зміни відбуваються і в настрої людини – негативний, депресивний, інколи до стану глибокого пригнічення, сердитість, лють, сум, інколи паніка; що, також, є характерним – так це часта мінливість настроїв людини. Це особливо стосується медичного персоналу [37].

Робота в медичній сфері вимагає від працівників не тільки фізичної витривалості, але й емоційної стабільності. Високий рівень стресу, постійна відповідальність та екстремальні ситуації можуть призвести до розвитку депресії. Ця психічна хвороба негативно впливає на якість життя та професійну діяльність медичних працівників. Тому забезпечення психотерапії та підтримки є критично важливим для збереження їх здоров'я [2].

Безумовно, під час виконання своїх професійних обов'язків медичні працівники стикаються зі специфічними обставинами, які можуть призвести до розвитку депресивного епізоду. Серед них варто виокремити булінг, виснажливу працю, відсутність достатньої тривалості сну, перевірки державних структур медичної комісії, а також щоденні емоційні переживання, спричинені спостереженням за стражданням та смертю пацієнтів [70].

Крім того, поштовхом до розвитку депресії у медичних працівників можуть бути ті ж самі чинники, що і в загальній популяції: невдалий шлюб, смерть близької людини, соціальна ізоляція, фінансові труднощі, дитяча травма, складні сімейні взаємини, вихід на пенсію та ін.

Таким чином, виникнення депресії у медичних працівників може бути зумовлене низкою як загальних факторів ризику, так і специфічних, притаманних їхній щоденній професійній діяльності [11].

Проблема благополуччя та психічного здоров'я особистості в умовах такої вираженої форми соціальної напруженості, якою є війна, являє собою актуальний та соціально значущий напрямок психологічних досліджень.

Під час надзвичайних подій масштаби смертей і руйнувань і часто великі труднощі медичного реагування вимагають особливої уваги до потреб медичних працівників. Сприяння медичним працівникам та заохочення їх до чинного дбання про себе підтримує їхню здатність до догляду та лікування хворих та потерпілих. Психологічне благополуччя фокусується на сенсі життя та самореалізації з позиції повноцінно функціонуючого індивіда [83].

Підсумовуючи вище сказане можна зробить висновок, що на медичних працівників впливають не тільки фактори вигорання, що характерні для професій сфери «людина-людина», а ще й фактори, що безпосередньо сформувались в процесі професійної діяльності осіб, що працюють в сфері охорони здоров'я.

Отже, через вторинну травматизацію та емоційне вигорання актуальними є психологічна допомога медичним працівникам, яка повинна будуватися на психологічній просвіті (щодо наслідків психотравмуючих подій, симптомів емоційного вигорання тощо) та профілактиці професійного вигорання та вторинної травматизації, завдяки вчасному діагностуванню та виявленню перших наслідків емоційного вигорання та вторинної травматизації, і мотивації на відпочинок та задоволення власних потреб.

РОЗДІЛ 2
ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОЯВУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Методики та процедура дослідження особливостей прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни

Для більш ґрунтовного аналізу теоретичних положень та визначення особливостей прояву емоційного вигорання у медичних працівників на наступному етапі роботи було проведено емпіричне дослідження.

Емпіричне дослідження проходило у **три етапи**.

На початковому етапі дослідження були підібрані методики для визначення особливостей прояву емоційного вигорання у медичних працівників.

Практичний етап охоплював основне тестування медичних працівників.

На завершальному етапі була проведена обробка та аналіз результатів дослідження рівня прояву емоційного вигорання у медичних працівників.

Мета емпіричного дослідження – встановити рівень прояву емоційного вигорання у медичних працівників та визначити чинники, які впливають на його прояв.

Основні завдання емпіричного дослідження:

1. Встановити рівень прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

2. Визначити систему чинників, які впливають на рівень прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

3. Встановити зв’язки між рівнем прояву емоційного вигорання та чинниками, які впливають на його прояв у медичних працівників в умовах війни.

Проаналізувавши діагностичний інструментарій, для нашого дослідження ми обрали ряд методик, які найбільш ефективно дають можливість встановити рівень емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни та визначити чинники, які впливають на його прояв.

Так, для виконання першого завдання **(встановити рівень прояву емоційного вигорання у медичних працівників)** нами було використано *методику «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка* [21; 44].

Дана методика дозволяє встановити, на якій фазі формування «емоційного вигорання» (напруження, резистенція або виснаження) перебувають медичні працівники, та, яка фаза сформувалася більшою чи меншою мірою.

Оперуючи змістом методики та кількісними показниками, які були підраховані для різних фаз формування синдрому емоційного вигорання, можна судити про те, яка фаза сформувалася більшою чи меншою мірою і на підставі отриманих результатів спланувати профілактичні заходи.

Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка складається з 84 пунктів, кожен з яких включає два судження ціннісного чи поведінкового характеру.

І. Фаза «Напруження».

Наявність напруги слугує передумовою розвитку і запускає механізми формування синдрому емоційного вигорання. Напруження характеризується відчуттям емоційної виснаженості, втоми, викликаної власною професійною діяльністю і проявляється у таких симптомах:

– переживання психотравмуючих обставин – людина сприймає умови роботи та професійні міжособистісні стосунки як психотравмуючі;

– незадоволеність собою – незадоволеність власною професійною діяльністю і собою як професіоналом;

– «загнаність у кут» – відчуття безвихідності ситуації, бажання змінити роботу чи професійну діяльність взагалі;

– тривога й депресія – розвиток тривожності у професійній діяльності, підвищення нервовості, депресивні настрої.

Підрахунок результатів здійснюється за ключем:

Симптом переживання психотравмуючих обставин:

+1 (2), +13 (3),+ 25 (2), –37 (3), +49 (10), +61 (5), –73 (5).

Симптом незадоволеності собою:

–2 (3), +14 (2), +26 (2), –38 (10), –50 (5), +60 (5), +74 (3).

Симптом «загнаності у кут»:

+3 (10), +15 (5), +27 (2), +39 (2), +51 (5), +63 (1), –75 (5).

Симптом тривоги і депресії:

+4 (2), +16 (3), +28 (5), +40 (5), +52 (10), +64 (2), +76 (3).

II. Фаза «Резистенція».

Виділення цієї фази в самостійну є досить умовним. При усвідомленні наявності тривожного напруження, людина прагне уникати дії емоційних чинників за допомогою обмеження емоційного реагування. Характеризується надмірним емоційним виснаженням, що провокує виникнення та розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою, байдужою, а будь-яке емоційне залучення до професійних справ і комунікацій викликає у людини відчуття надмірної перевтоми, і виявляється у таких симптомах, як:

– неадекватне вибіркове емоційне реагування – неконтрольований вплив настрою на професійні стосунки;

– емоійно-моральна дезорієнтація – розвиток байдужості у професійних стосунках;

– розширення сфери економії емоцій – емоційна замкненість, відчуження, бажання припинити будь–які комунікації;

– редукція професійних обов’язків – згортання професійної діяльності, прагнення якомога менше часу витрачати на виконання професійних обов’язків.

Симптом неадекватного вибору емоційного реагування:

+5 (5), –17 (3), +29 (10), +41 (2), +53 (2), +65 (3), +77 (5)

Симптом емоційно-моральної дезорієнтації:

+6 (10), –18 (3), +30 (3), +42 (5), +54 (2), +66 (2), –78 (5).

Симптом розширення сфери економії емоцій:

+7 (2), +19 (10), –31 (2), +43 (5), +55 (3), +67 (3), –79 (5).

Симптом редукції професійних обов'язків:

+8 (5), +20 (5), +32 (2), –44 (2), +56 (3), +68 (3), +80 (10).

III. Фаза виснаження.

Характеризується психофізичною перевтомою людини, спустошеністю, нівелюванням власних професійних досягнень, порушенням професійних комунікацій, розвитком цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися з робочих питань, розвитком психосоматичних порушень і виявляється у таких симптомах, як:

1. Емоційний дефіцит – розвиток емоційної не чуттєвості на тлі виснаження, мінімізація емоційного внеску у роботу, автоматизм, спустошення людини при виконанні професійних обов’язків;

2. Емоційне відчуження – створення захисного бар’єру у професійних комунікаціях;

3. Особистісне відчуження (деперсоналізація) – порушення професійних стосунків, розвиток цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися при виконанні професійних обов’язків, та до професійної діяльності взагалі;

4. Психосоматичні та психовегетативні порушення – погіршення фізичного самопочуття, розвиток таких психосоматичних і психовегетативних порушень, як розлади сну, головний біль, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних хвороб тощо.

Симптом емоційного дефіциту:

+9 (3), +21 (2), +33 (5), –45 (5), +57 (3), –69 (10), +81 (2).

Симптом емоційної відстороненості:

+10 (2), +22 (3), –34 (2), +46 (3), +58 (5), +70 (5), +82 (10).

Симптом особистісної відстороненості, або деперсоналізації:

+11 (5), +23 (3), +35 (3), +47 (5), +59 (5), +72 (2), +83 (10).

Симптом психосоматичних і психовегетативних порушень:

+12 (3), +24 (2), +36 (5), +48 (3), +60 (2), +72 (10), +84 (5).

Відповідно до «ключа» здійснюються підрахунки:

1. Визначається сума балів, окремо для кожного з 12 симптомів «вигорання». За кожен збіг відповідей з ключем, відповідь оцінюється тією кількістю балів, яка вказана поруч з номером питання. Кожна шкала включає сім питань і максимальна кількість балів дорівнює 30. Насамперед, необхідно звернути увагу на окремі симптоми. Показник вираженості кожного симптому знаходиться в межах від 0 до 30 балів:

0 – 9 балів – симптом не сформований;

10 – 15 балів – симптом на стадії формування;

16 і більше балів – симптом сформований.

Симптоми з показниками 20 і більше балів є домінуючими у фазі або у всьому синдромі «емоційного вигорання»;

2. Підраховується сума показників симптомів для кожної з трьох фаз формування симптому «вигорання». Для цього складаються результати за чотирма шкалами кожної фази окремо;

Запропонована методика дає можливість побачити провідні симптоми «вигорання». Суттєвим є те, до якої фази формування «емоційного вигорання» належать домінуючі симптоми і в якій фазі їх найбільша кількість. Наступний крок в інтерпретації результатів – осмислення показників фаз розвитку «вигорання»: «напруження», «резистенція» та «виснаження». У кожній з них оцінка можлива в межах від 0 до 120 балів. Однак співставлення балів, отриманих для фаз, не є правомірним, тому що не свідчить про їхню відносну роль або внесок у синдром. Справа в тому, що вимірювані в них явища істотно різні – реакція на зовнішні і внутрішні фактори, прийоми психологічного захисту, стан нервової системи. За кількісними показниками можна твердити

тільки про те, наскільки кожна фаза сформувалася, яка фаза сформувалася більшою або меншою мірою:

36 і менше балів – фаза не сформована;

37 – 60 балів – фаза на стадії формування;

61 і більше балів – фаза сформована.

3. Знаходиться підсумковий показник синдрому «емоційного вигорання»: сума показників усіх 12 симптомів:

108 і менше балів – зона балансу, СЕВ не сформований;

109 – 183 балів – зона формування СЕВ;

184 і більше балів – зона емоційного вигорання.

Відповідно до нашої мети та завдання дослідження, нами була обрана дана методика, яка має високу змістовність та релевантність. Таким чином, ми детально дослідили фази формування синдрому емоційного вигорання, діагностували провідні симптоми та рівень їх сформованості.

З метою виконання другого завдання **(визначити чинники, які впливають на прояв емоційного вигорання у медичних працівників)** нами було підібрано опитувальники:

1. Методика *«Шкала депресії А. Бека»* [22; 46].

2. Методика *«Шкала самооцінки реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Спілбергера* – Ю. *Ханіна»* [22; 47].

3. Методика *«Опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 WELL – BEING SNDEX)* [48].

Методика *«Шкала депресії А. Бека»* дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів.

Опитувальник складається з 21 твердження.

Інструкція для учасників дослідження: «Прочитайте кожне твердження, розміщене проти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна

вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до вас».

Обробка результатів. За відповіді нараховується:

«а» − 0 балів;

«б» – 1 бал;

«в» – 3 бали;

«г» – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів. Ступінь депресії:

0 – 4 бали – депресія відсутня;

5 – 7 балів – легкий ступінь депресії;

8 – 15 балів – середній ступінь депресії;

16 і більше балів – високий рівень депресії.

Методика *«Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Спілбергера* – Ю. *Ханіна»* є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини).

Методика складається з двох шкал – А і Б:

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності.

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності.

Кожна зі шкал складається з 20 тверджень.

Що розуміє Чарльз Спілбергер під обома мірами тривожності видно з наступної цитати: "Стан тривожності характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи". Тривожність як риса особи, очевидно, означає мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка

зобов'язує індивіда до сприйняття широкого кола об'єктивно безпечних обставин, як таких, які несуть загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки. Шкала реактивної і особистісної тривожності Чарльза Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю. Л. Ханіна (1976).

Реактивна (ситуативна) тривожність – стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Інструкція до шкали А (питання № 1 – 20): «Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає».

Інструкція до шкали Б (питання № 21 – 40): «Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як ви себе почуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає».

Варіанти відповідей:

«Ні, це не так» – 1 бал;

«Мабуть, так» – 2 бали;

«Вірно» – 3 бали;

«Цілком вірно» – 4 бали.

Обробка результатів. Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами (формула 1 та формула 2 відповідно):

1. РТ = Σ1 – Σ2 + 50,

де Σ1 – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ2 – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

2. ОТ = Σ1 – Σ2 + 35, де Σ1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ2 – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів. Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0 – 30 балів – низький рівень тривожності;

31 – 45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Дуже висока тривожність (> 45) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями. Низька тривожність (<12), навпаки, характеризує стан як депресивний, ареактивний, з низьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в "кращому світлі".

Методика *«Опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 WELL – BEING SNDEX)» (адаптація Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер)*. WHO-5 — це короткий, але ефективний інструмент, розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров’я, який дозволяє оцінити загальний емоційний стан людини за останні два тижні. Він складається з п'яти тверджень, відповідаючи на які, людина може отримати загальне уявлення про рівень свого психологічного благополуччя.

Інструкція для учасників опитування: «Будь ласка, вкажіть наскільки кожне з п’яти тверджень точно описує те, як Ви почувалися протягом останніх 2-х тижнів. Зверніть увагу, що чим вище бал, тим краще Ваше самопочуття (обведіть відповідну цифру)».

Кожне твердження оцінюється за 6-бальною шкалою, причому вищі бали вказують на краще психологічне благополуччя.

«Ніколи» – 0 балів;

«Певний час» – 1 бал;

«Менше половини часу» – 2 бали;

«Більше половини часу» – 3 бали.

«Більшість часу» – 4 бали;

«Весь час» – 5 балів.

Важливою складовою психологічного благополуччя є суб'єктивне благополуччя. Роботи Еда Дінера стали важливим внеском у проблему розуміння феномену «суб'єктивного благополуччя», яке, на думку дослідника, складається трьох основних компонентів: задоволення, приємні емоції і неприємні емоції. Іншими словами, мова тут йде про когнітивну (інтелектуальна оцінка задоволеності різними сферами свого життя) і емоційну (наявність поганого чи хорошого настрою) сторонах самоприйняття. «Суб'єктивне благополуччя» покликане не просто служити індикатором того наскільки людина занурена в депресію або тривогу, але має демонструвати наскільки одна людина щасливіше іншого. Людина має високий рівень суб'єктивного благополуччя, якщо в більшості випадків вона відчуває задоволення від життя, і тільки в окремих ситуаціях вона переживає неприємні відчуття, такі як, наприклад, печаль або гнів.

Психологічне благополуччя – це такий концепт, який охоплює не тільки емоційний стан людини, але й її функціонування в соціумі, здатність справлятися зі стресом, розвиватися та реалізувати свій потенціал. Це стан, при

якому людина відчуває задоволення від життя, має позитивне ставлення до себе та оточуючих, а також здатна встановлювати міцні соціальні зв'язки [83].

Ключовими компонентами психологічного благополуччя є емоційне благополуччя, тобто здатність відчувати позитивні емоції та ефективно справлятися з негативними; психологічна стійкість – здатність адаптуватися до змін, долати труднощі та відновлюватися після стресових ситуацій; соціальне функціонування – здатність встановлювати та підтримувати міцні соціальні зв'язки, брати відповідальність за своє життя та самостійно приймати рішення.

Обробка та інтерпретація результатів:

Принцип обробки: загальний бал обчислюється шляхом підсумовування балів п’яти відповідей та коливається від 0 до 25; щоб отримати відсотковий показник від «0» до «100», загальний бал множать на «4». Відсотковий показник «0» відповідає найнижчому благополуччю, а «100» – найвищому благополуччю.

Від 0% до 40% – діагностується низький рівень благополуччя;

Від 41% до 62% – середній рівень благополуччя;

Від 63% до 100% – високий рівень благополуччя.

Таким чином, методика дозволяє визначити когнітивну оцінку відповідності життєвих обставин очікуванням індивіда і відображає загальну міру внутрішньої гармонії і психологічної задоволеності. Показник задоволеності життям виявляє кілька слабші взаємозв'язки з іншими компонентами суб'єктивного благополуччя, однак слід очікувати, що він буде більш тісно взаємопов'язаний з об'єктивними показниками успішності життя індивіда.

Зараз WHO-5 систематично використовується в масових опитуваннях і різних моніторингах. Оригінальна англомовна версія також містить 5 пунктів, які реципієнтам пропонується оцінити за 7-бальною шкалою. Інструмент перекладено понад 30 мовами.

Результати методик були оброблені за допомогою методів математико–статистичної обробки даних (метод ранжування). Отримані дані піддавались статистичному аналізу з наступною якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням.

Емпіричне дослідження проводилося в 2024 році в комунальному некомерційному підприємстві Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни». У дослідженні приймало участь 30 медичних працівників, віком від 27 до 55 років.

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни, та чинників, які впливають на нього

Дослідження особливостей прояву емоційного вигорання у медичних працівників передбачало проведення опитування, спрямованого на виконання двох завдань, які дозволяють встановити рівень прояву емоційного вигорання у медичних працівників та визначити чинники, які впливають на прояв синдрому емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

Розпочнемо аналіз результатів дослідження з встановлення рівня прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни. Аналіз результатів встановлення рівня прояву емоційного вигорання у медичних працівників розкриємо такими питаннями: визначення рівня прояву синдрому емоційного вигорання; визначення рівня тривожності; виявлення наявності депресії та вимірювання рівня психологічного благополуччя у медичних працівників в умовах війни.

З метою *визначення рівня прояву емоційного вигорання у* медичних працівників нами було проведено дослідження за методикою В. В. Бойка «Діагностика рівня емоційного вигорання» [21; 44].

Як ми вже зазначали, дана методика дозволяє встановити, на якій фазі формування «емоційного вигорання» (напруження, резистенція або виснаження) перебувають медичні працівники. Вона складається з 84 тверджень, кожне з яких включає два судження ціннісного чи поведінкового характеру.

Аналіз результатів показав, що у більшої половини опитаних медичних працівників (67%) фаза «Напруження» не сформувалася (див. Рис. 2.1), а у решти опитаних (33%) – тільки формується.

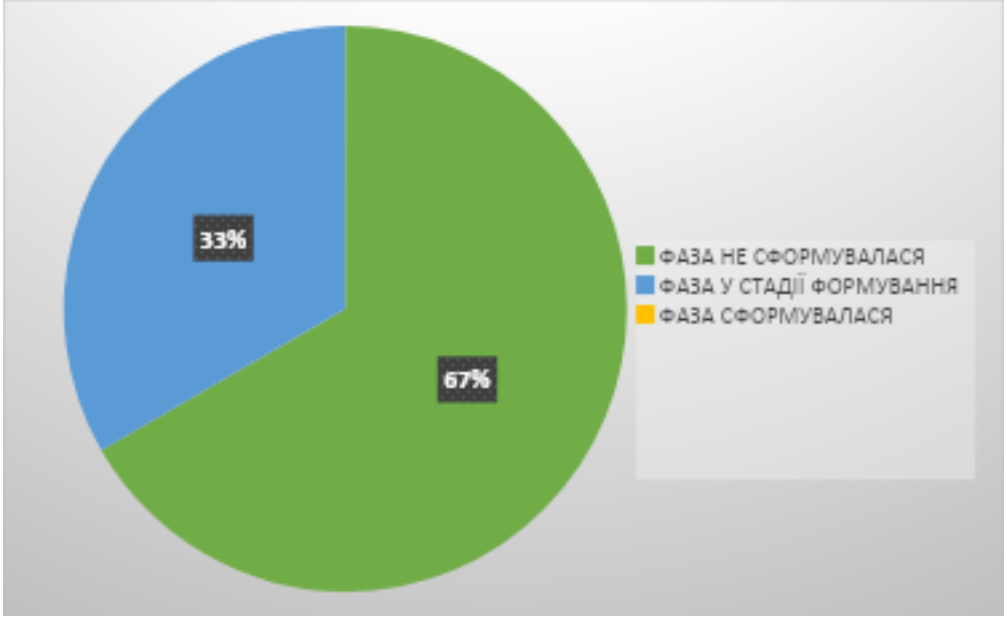


Рис. 2.1 Рівень прояву емоційного вигорання на фазі «Напруження» у медичних працівників в умовах війни

Щодо сформованості фази «Резистенція» у медичних працівників, то аналіз результатів дослідження показав, що 56% респондентів перебувають у фазі, яка знаходиться на стадії формування. Це свідчить про високий рівень ризику розвитку емоційного вигорання та необхідність вживання профілактичних заходів. Серед опитуваних 27% респондентів уже мають сформовану фазу «Резистенція». Це означає неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно – моральну дезорієнтацію, редукцію професійних

обов’язків та провокує виникнення та розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою, втомленою. 17% респондентів не мають сформованої фази «Резистенції» (див. Рис. 2.2).

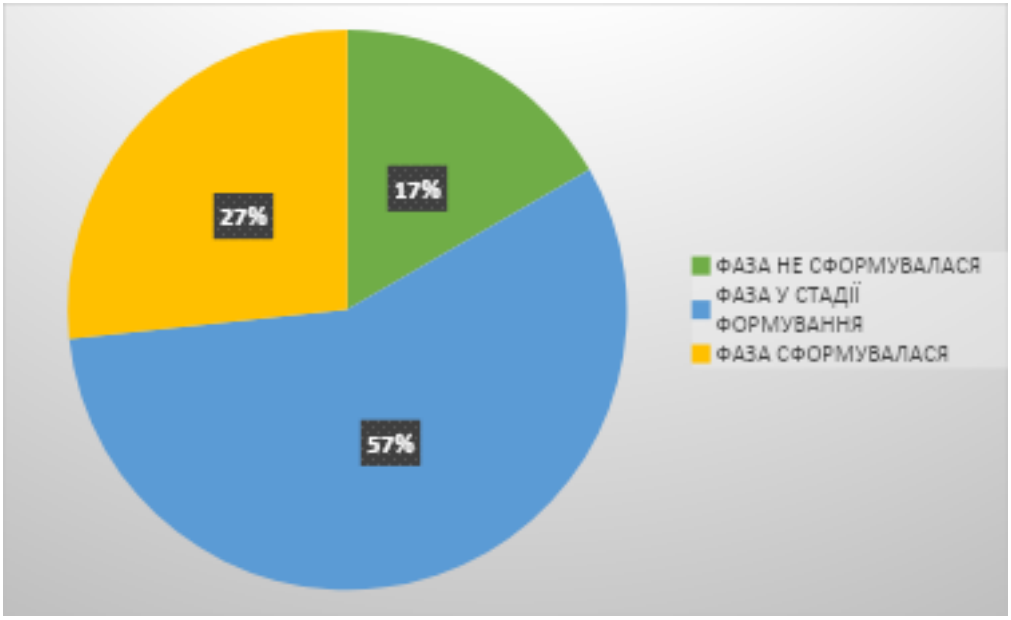


Рис. 2.2 Рівень прояву емоційного вигорання на фазі «Резистенція» у медичних працівників в умовах війни

Слід зазначити, що відсоток респондентів що перебувають у стадії формування фази «Виснаження» співпадає з фазою «Резистенція», і складає – 56% респондентів серед опитуваних медичних працівників. Але, відсоток людей, у яких ця фаза сформувалася – менша, і складає 17%, що характеризує медичних працівників, як емоційно виснажених, спустошених, психофізично перевтомлених людей, які мають психосоматичні та психоемоційні порушення (див. Рис. 2.3).

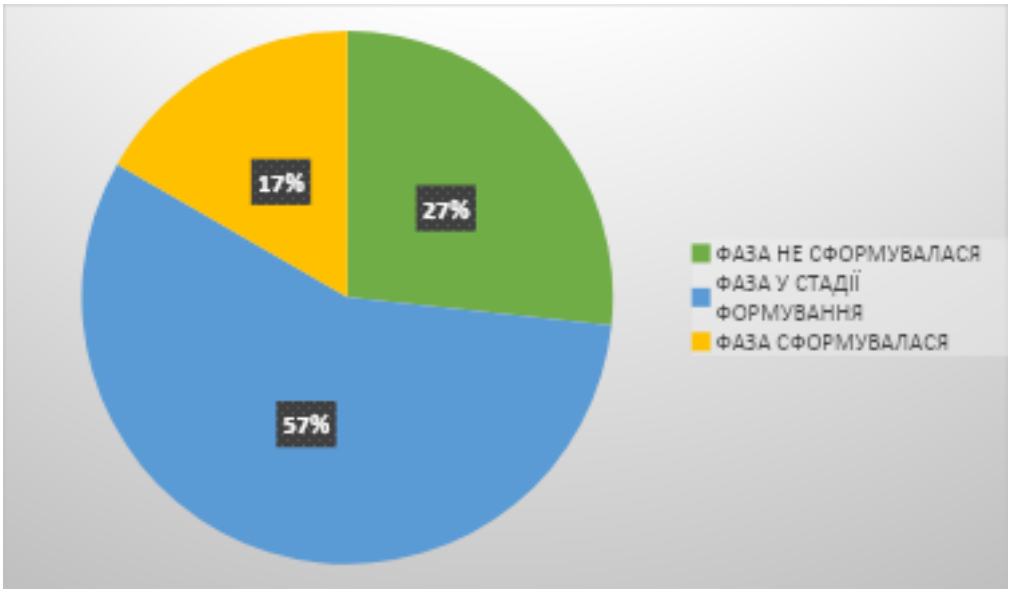


Рис. 2.3 Рівень прояву емоційного вигорання на фазі «Виснаження» у медичних працівників в умовах війни

Аналіз результатів за даною методикою дав нам можливість констатувати, що серед 100% респондентів 63% знаходиться в зоні формування синдрому емоційного вигорання, 3% – у зоні сформованого синдрому емоційного вигорання і лише 34% знаходяться в зоні так званого «балансу», тобто синдром емоційного вигорання ще не є сформований (див. Рис. 2.4).

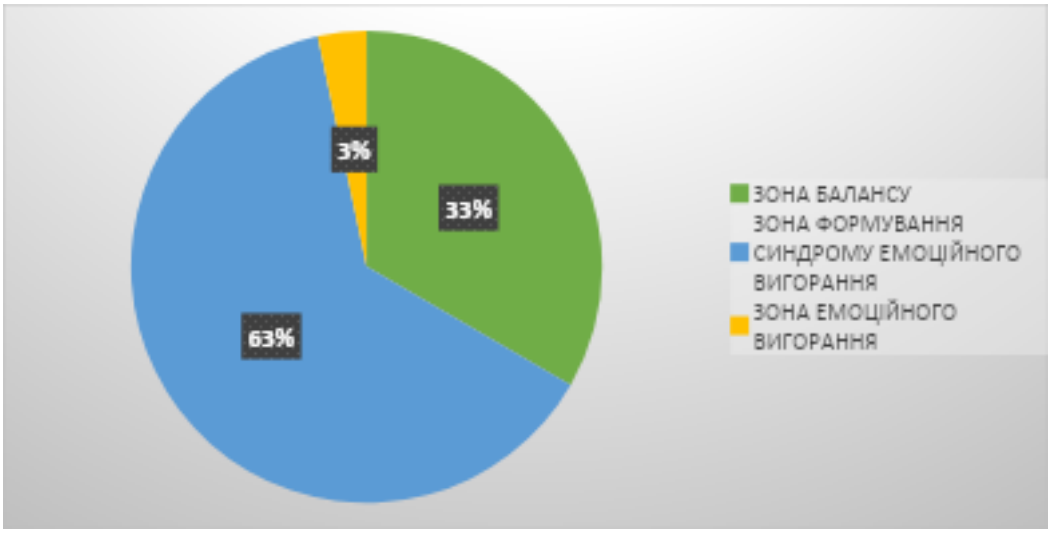


Рис. 2.4 Рівень прояву синдрому емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни

Синдром емоційного вигорання – це довготривалий, складний психофізіологічний процес, який є причиною тривалого емоційного навантаження. Це процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що виявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичного стомлення, особистої відстороненості та зниженням задоволення від виконаної роботи. Коли вимоги до людини (зовні та внутрішні) постійно перевищують її ресурси, порушується стан психофізіологічної рівноваги [55].

З метою встановлення рівня депресивного стану у медичних працівників було проведено опитування за допомогою *«Шкала депресії А. Бека»* [22; 46].

В результаті дослідження було встановлено, що немає жодного з респондентів у кого депресія відсутня або легкий ступінь депресії, тільки у 20% − середній ступінь депресії, а у 80% − високий рівень депресії, що свідчить про розповсюдженість цього психічного стану серед досліджуваної групи і є значущою та тривожною динамікою. А це, в свою чергу, підкреслює необхідність систематичного моніторингу та розробки психологічних рекомендацій для підвищення благополуччя медичних працівників, що є невід'ємною частиною створення безпечного та сприятливого робочого середовища для медичних працівників (див. Рис. 2.5).

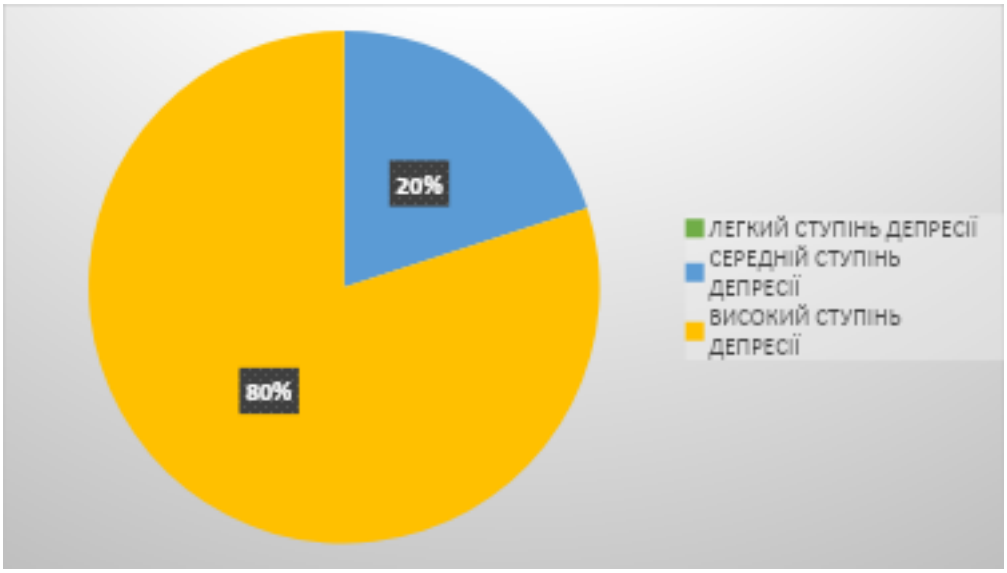


Рис. 2.5 Рівень прояву депресії у медичних працівників в умовах війни

Для визначення рівня тривожності була обрана *«Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Спілбергера* – Ю. *Ханіна»* [22; 47].

Аналіз результатів показав, що помірний *рівень реактивної (ситуативної) тривожності* було виявлено у 77% досліджених медичних працівників, тоді як у 17% фіксується високий рівень. Ці дані вказують на те, що значна частина учасників дослідження відчуває тривогу в ситуативних обставинах. Цей результат може свідчити про вплив факторів оточуючого середовища на емоційний стан. І, лише у 6% респондентів реактивна тривожність відсутня (див. Рис. 2.6).

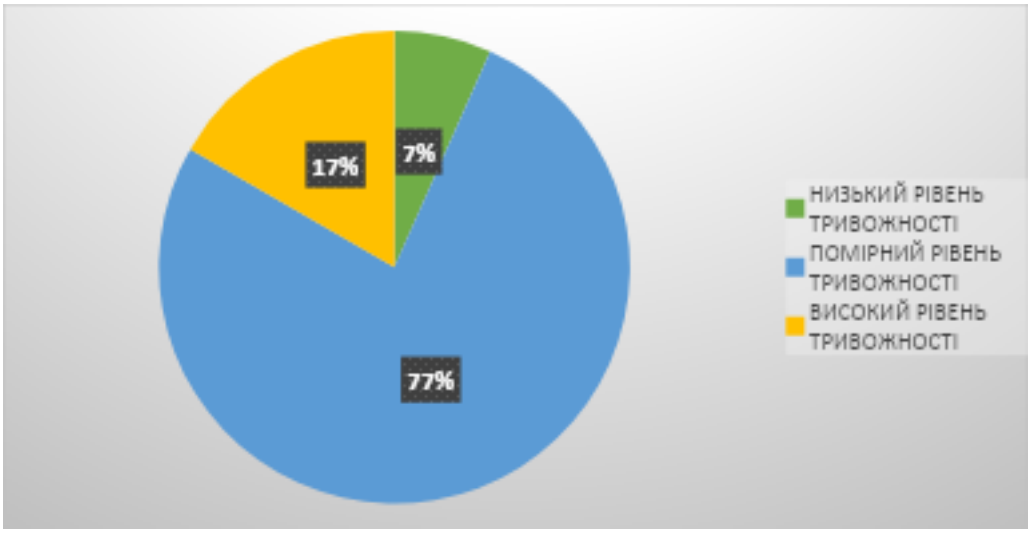


Рис. 2.6 Рівень прояву реактивної (ситуативної) тривожності у медичних працівників в умовах війни

Також, аналіз результатів рівня прояву особистісної тривожності у медичних працівників в умовах війни показав, що помірний *рівень особистісної тривожності* спостерігається у 70% опитуваних, високий – у 23%, а низький – у 7% (див. Рис. 2.7). Це означає, що медичним працівникам слід формувати відчуття впевненості і успіху.

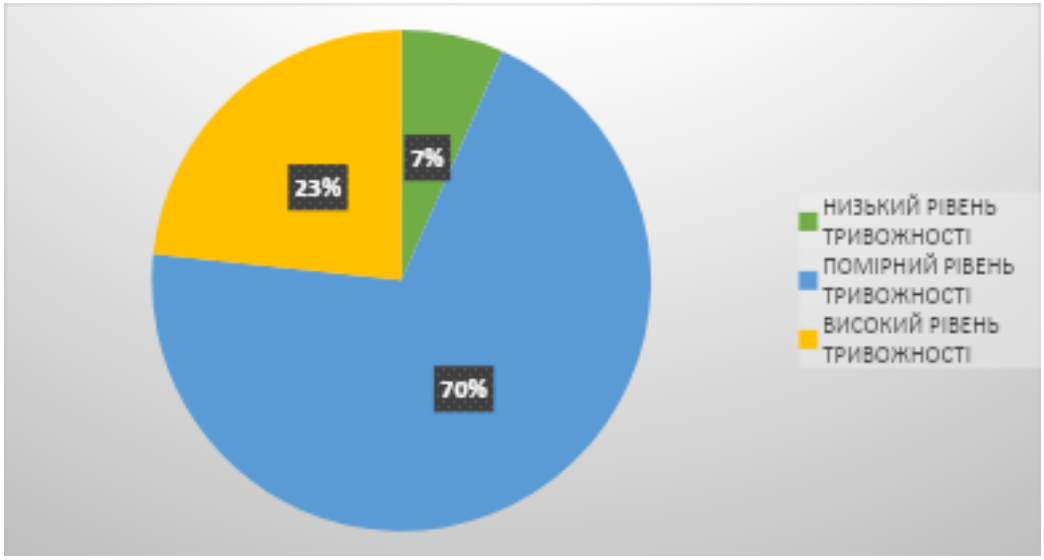


Рис. 2.7 Рівень прояву особистісної тривожності у медичних працівників в умовах війни

Їм необхідно зміщувати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності, високої значимості в постановці завдань на змістовне осмислення своєї професійної діяльності та конкретне особистісне планування життя.

Формування у медичних працівників відчуття впевненості та успіху, забезпечення необхідними ресурсами та підтримкою, а також розвиток навичок саморегуляції і самопідтримки − це є комплекс заходів, спрямованих на підвищення їхнього психологічного благополуччя, збереження людських ресурсів у сфері охорони здоров'я, і, як наслідок, покращення якості медичної допомоги населенню.

З метою встановлення рівня відчуття психологічного благополуччя у медичних працівників в умовах війни було проведено *«Опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 WELL − BEING SNDEX)»* [48].

Аналіз отриманих результатів дослідження показав, що високий рівень відчуття психологічного благополуччя спостерігається всього у 13% опитуваних, середній – у 57%, а низький – у 30 % (див. Рис. 2.8).

Отже, на підставі проведеного аналізу виявляється, що більшість медичних працівників (57%) відзначили середній рівень психологічного благополуччя, вказуючи на позитивний вплив їхньої активної життєдіяльності в умовах війни. Тим не менше, важливо звернути увагу на 30% осіб із низьким рівнем, що вказує на можливу наявність проблем у їхній задоволеності життям, що вимагає подальшого дослідження та розробки специфічних підходів для підтримки людей.

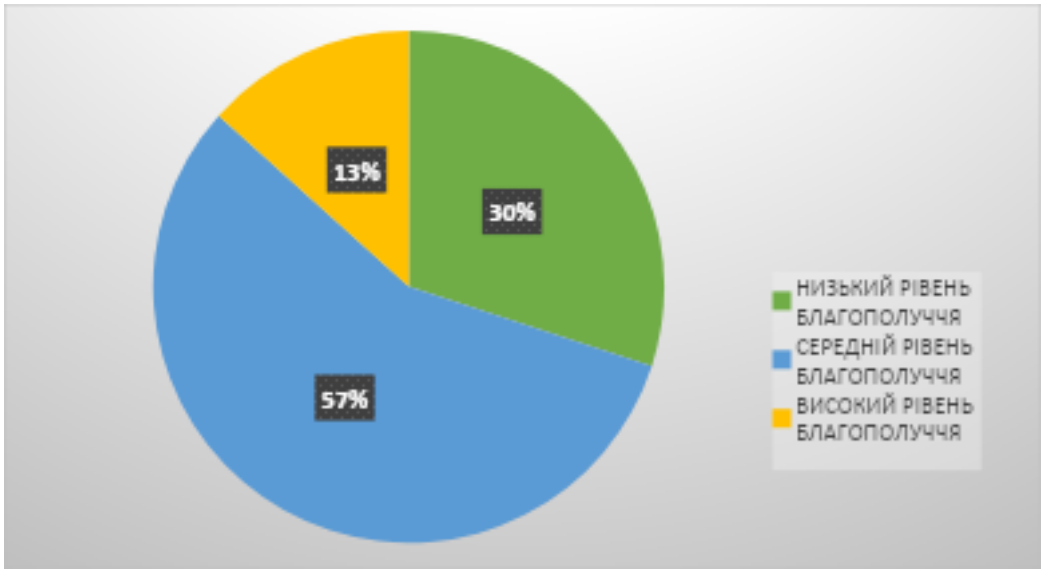


Рис. 2.8 Рівень прояву психологічного благополуччя у медичних працівників в умовах війни

З метою встановлення зв'язку між рівнем прояву емоційного вигорання та чинниками, які впливають на його прояв у медичних праціників ми використали метод рангової кореляції r_s Спірмена.

Розрахунок відбувався власноруч (див. Додаток А, Б, В).

Слід зазначити, що рівень прояву емоційного вигорання є змінна А, а рівень прояву чинників буде змінною В. За результатами дослідження встановлено статистично значущий зв'язок між рівнем прояву емоційного вигорання та такими чинниками, як депресія та тривожність.

У свою чергу, слід зазначити, що не було виявлено статистично значущого зв'язку між рівнем прояву емоційного вигорання та психологічного благополуччя (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Результати визначення кореляційного зв'язку між рівнем прояву емоційного вигорання та чинниками, які впливають на його прояв у медичних працівників

	Чинники, які впливають на рівень прояву емоційного вигорання		
	депресія	***тривожність***	***благополуччя***
Рівні прояву емоційного вигорання	**$r_s = 0,61$**	**$r_s = 0,4$**	**$r_s = -0,2$**

r_s – емпіричне значення

Критичне значення для N = 30

N	p	
	0.05	0.01
30	0.36	0.47

2.3. Психологічні рекомендації щодо профілактики прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни

Для контролю та попередження емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни пропонуємо тренінг «Профілактика емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни», який може бути реалізований у практиці практичного психолога будь якого з медичних закладів. Тренінг спрямований на розкриття сутності поняття емоційного (професійного) вигорання та його профілактики, ознайомлення з основними методами

саморегуляції свого психологічного стану і зниження рівня психоемоційної напруги та активізацію мотиваційної сфери особистості. Тренінг відображає певну технологію та передбачає три компоненти.

Сутність змістовно-смислового компоненту відображається в налагодженні сприятливої атмосфери в групі. Проговорення правил, мети зустрічі, для ефективного налаштування учасників на співпрацю. Особливо треба зауважити, що кожна думка важлива та безоцінна.

У діагностичному компоненті здійснюється аналіз певних чинників впливу на емоційне вигорання у медичних працівників в умовах війни. Акцентується увага на індивідуальних особливостях особистості об'єктивно оцінювати свої вміння та якості, усвідомлювати власні сильні та слабкі сторони, що стане мотивацією до попередження емоційного виснаження та психологічної втоми та пошуком власних дієвих стратегій подолання синдрому емоційного вигорання. Визначається наскільки добре учасники можуть визнати та знайти свої проблеми в професійній діяльності, встановлюється розвиток вмінь аналізувати власну поведінку й вміти помічати, як позитивні, так негативні її аспекти. Проводиться самодіагностика учасниками того, як зазвичай вони діють у стресових ситуаціях, оцінка розвитку вмінь учасників усвідомлювати та розуміти власний внутрішній стан. Визначається у яких сферах життя можуть знадобитися знання отримані на тренінгу та проходить самоаналіз, якою мірою в учасників розвинені дані здібності й чи застосовують вони їх в житті.

Завдання корекційно-розвивального компонента спрямовані на психологічну просвіту, адже коли людина знає, що з нею відбувається і розуміє механізми виникнення цих процесів – їй легше впоратися з ситуацією, на розкриття сутності поняття емоційного (професійного) вигорання та його профілактики, розуміння стадій вигорання та його складових, визначення симптомів вигорання. Завдання корекційно-розвивального компонента спрямовані на ознайомлення з основними методами саморегуляції свого

психологічного стану та самодопомоги у стресових ситуаціях і зниження рівня психоемоційної напруги,

Для реалізації усіх трьох компонентів технології: змістовно-смисловий, діагностичний та корекційно-розвивальний, скористаємося методами:

– інформаційними: для пошуку допоміжної, уточнюючої та додаткової інформації.

– проблемно-пошуковими: для постановки та розв'язання проблемних ситуацій, невирішених питань, завдань, пошуку варіантів вирішення проблем, можливість обрати найдоцільніший та найпродуктивніший варіант.

Основне місце у використанні компонентів технології належить спеціальним інтерактивним технікам.

Якщо говорити про інформаційно-смисловий компонент, то він реалізується з використанням таких технік, як міні-лекція з використанням мультимедійної презентації (надається інформація відповідно до теми тренінгу, враховуючи той матеріал, який хоче донести ведучий учасникам заняття); метод незавершених речень (з подальшим груповим обговоренням); метод асоціації (з подальшим груповим обговоренням); метод «мозкового штурму» (письмовий варіант, робота в групах); індивідуальне аналітичне завдання (з подальшим груповим обговоренням); творче завдання (індивідуальна робота).

До діагностичного компоненту входить такий набір спеціальних інтерактивних технік: індивідуальне рефлексивне завдання; індивідуальне творче завдання (письмовий варіант); групова дискусія; робота в парах (з подальшим груповим обговоренням); індивідуальне проблемне завдання (з подальшим груповим обговоренням); робота в малих групах.

Корекційно-розвивальний компонент включає в себе використання таких технік: творче завдання (індивідуальна робота з подальшим груповим обговоренням); робота в парах (з подальшим груповим обговоренням); індивідуальне проблемне завдання (з подальшим груповим обговоренням,

письмовий варіант); робота в малих групах (з подальшим груповим обговоренням); рефлексія від заняття (індивідуальна).

Тренінг спрямований на розкриття сутності поняття професійного (емоційного) вигорання та його профілактики, ознайомлення з основними методами саморегуляції свого психологічного стану та зниження рівня психоемоційної напруги у медичних працівників закладів охорони здоров'я в умовах війни.

Мета тренінгу є попередження, профілактика та подолання емоційного (професійного) вигорання у медичних працівників закладів охорони здоров'я в умовах війни.

Завдання тренінгу:

1. Ознайомлення з поняттям синдрому емоційного вигорання;

2. Інформування про наявні методи профілактики і подолання емоційного вигорання у медичних працівників;

3. Виявлення медичними працівниками власних психологічних характеристик, що впливають на появу професійного вигорання, усвідомлення потреби щодо розвитку особистісних якостей і властивостей, актуальних для забезпечення психологічної стресостійкості в умовах професійної діяльності;

4. Сприяння формуванню практичних навичок володіння собою в різних ситуаціях та зняти психологічну втому;

5. Ознайомлення з основними методами саморегуляції свого психологічного стану і зниження рівня психоемоційної напруги

6. Опанування техніками, які впливають на здатність відновлювати своє психічне здоров'я та соціальне функціонування, та техніками резильєнтності [45].

Структура тренінгу. До складу тренінгу «Профілактика емоційного вигорання» входить вступна, основна та заключна структурно-змістовні частини.

Загальний обсяг тренінгу складає 8 год, а саме: чотири сесії по 90 хвилин, дві кава-паузи по 15 хвилин та перерва на обід – 90 хвилин (табл.2.2).

Тепер перейдемо до розгляду змісту кожної зі структурно-змістовних частин тренінгу.

У *вступній частині тренінгу* основною метою є:

1. Знайомство учасників тренінгу між собою;

2. Виявлення очікувань від тренінгу в учасників зустрічі;

3. Визначення мети, завдань та структури тренінгу;

4. Обговорення організаційних питань тренінгового заняття (тривалість роботи, кількість перерв тощо);

5. Визначення правил групової роботи тренінгу.

Необхідно звернути увагу на те, що до *вступної частини тренінгу* входить комплекс важливих інтерактивних технік: «Мене на роботі цінують за ...», «Береги сподівань»; заповнення бланків, де необхідно дати відповідь на поставлені запитання, після цього проводиться аналіз та групове обговорення (виявлення очікувань учасників від тренінгового заняття); мультимедійна презентація (висвітлюється мета, завдання та структура тренінгу); групове обговорення (вирішення питань організаційного характеру стосовно тривалості роботи, кількості та часу перерв тощо); метод «мозкового штурму» (формування правил роботи в тренінговій групі, які приймаються на першому занятті й закріплюються на подальші заняття).

Вправа «*Мене на роботі цінують за ...*»

Кожен учасник по черзі називає своє ім’я і говорить фразу, починаючи зі слів: «Мене на роботі цінують за...» (передаючи один одному м’ячик, іграшку тощо) [25; 45].

Вправа «*Береги сподівань*».

Мета вправи: з’ясування очікувань і побоювань учасників, того, наскільки очікування співпадають із загальною метою тренінгу.

Для даної вправи необхідно підготувати фліп-чарт, де зображено річку з двома берегами та підводними рифами у воді. На одному з берегів учасники прикріплюють стікери «квіточки», на яких написані їх очікування від тренінгу, на місці рифів вони пишуть переживання або ті ситуації, з якими вони бояться стикнутися під час тренінгу (стікери «камінці»).

Основна частина тренінгу включає в себе три основних компоненти (змістовно-смисловий, діагностичний та корекційно-розвивальний). В основну частину зустрічі входять вправи які допоможуть учасникам створити можливість проаналізувати свої переживання, побачити образ свого «Я» на символічному рівні та умови для рефлексії своїх почуттів відносно роботи, втоми та виснаження, як психічного так і фізичного. Також є вправи на здатність відновлювати своє психічне здоров'я, та стабілізацію свого психологічного стану. Опрацьовуються методики саморегуляції та техніки зниження рівня психоемоційної напруги [25; 45].

Вправа – ***Методика «Кола контролю»*** – це техніка, що допомагає людині проаналізувати ситуації, з якими вона стикається, і визначити, на що вона має реальний вплив, а що перебуває поза її контролем [25; 45].

Мета вправи: Допомогти людині усвідомити, які аспекти проблемної ситуації вона може контролювати, а які – ні, щоб зменшити тривожність та зосередитися на реальних можливостях для дій.

Коли застосовується:

– Для зниження стресу та тривоги.

– У ситуаціях невизначеності або кризи.

– Для підвищення особистої відповідальності та ефективності в ухваленні рішень.

Інструкція з виконання:

1. Намалюйте три кола: Внутрішнє коло – те, що ви можете контролювати (власні дії, поведінку, реакції). Середнє коло – те, на що ви можете впливати

(поведінка інших людей, певні обставини). Зовнішнє коло – те, що не піддається вашому контролю (погода, політична ситуація, минулі події).

2. Запишіть у кожне коло ситуації або фактори, що вас турбують. Наприклад, якщо ви відчуваєте тривогу через роботу: внутрішнє коло: ваші навички, спосіб організації часу; середнє коло: відносини з колегами, можливість запропонувати ідеї; зовнішнє коло: економічна криза, рішення керівництва.

3. Проаналізуйте: Зосередьтеся на тому, що у внутрішньому колі, бо саме на це ви можете впливати. Прийміть те, що у зовнішньому колі, як фактор, який ви не можете змінити.

4. План дій:

– Що саме ви можете зробити, щоб покращити ситуацію в межах свого контролю?

– Як мінімізувати вплив зовнішніх факторів?

Приклад використання. Ситуація: Лікар відчуває виснаження через війну та постійний потік пацієнтів.

– Внутрішнє коло: Можу відпочивати в перервах, правильно харчуватися, просити підтримки у колег.

– Середнє коло: Можу обговорити графік з керівництвом, запропонувати варіанти покращення умов праці.

– Зовнішнє коло: Не можу зупинити війну або змінити кількість пацієнтів.

Висновок: Слід зосередитися на тому, що можу контролювати, щоб покращити свій стан.

Ця методика чудово допомагає у складних життєвих ситуаціях, адже дозволяє зрозуміти, куди варто направляти свою енергію [25; 45].

Вправа – ***Методика BASIC (ph)*** [63].

Модель «BASIC Ph» – це деякий міст над прірвою, що допомагає людині вирости з кризової ситуації, з’єднати її внутрішнє «Я» та зовнішній світ. Було

виявлено, що в кожного є своє власне унікальне поєднання ресурсів подолання. Ідея моделі полягає в тому, що в людини існує свій потенціал, досвід у подоланні стресової події в шести модальностях:

1. **B** – Belief & values – віра, переконання, цінності, філософія життя.

2. **A** – Affect – вираження емоцій та почутів.

3. **S** – Socialization – соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування.

4. **I** – Imagination – уява, мрії, спогади, творчість.

5. **C** – Cognition, thought – розум, пізнання, когнітивні стратегії.

6. **Ph** – Physical – фізична активність, тілесні ресурси.

Belief & values (віра, переконання, цінності, філософія життя) – цей спосіб подолання кризи базується на вмінні вірити: це може бути віра в Бога, в людей чи в самого себе. Існування в нашому житті сенсовної наповненості, системи життєвих цінностей, місії, віри є джерелом, з якого людина може почерпнути сили у складних ситуаціях.

Affect (вираження емоцій та почутів) – цей спосіб подолання стресу вимагає від нас, перш за все, навчитися розуміти власні почуття, називати їх своїми власними іменами. Після цього з'являється можливість висловити розпізнані почуття найбільш прийнятними для кожної людини способами: словесно – в особистій розмові, письмово – в листі, без слів – в танці, малюнку, музиці чи драмі. Йдеться про пряме чи опосередковане вираження почуттів: наприклад, записувати в щоденник свої почуття, висловлювати їх у будь-який арт-спосіб (малюнок, спів, інструментальна музика) тощо.

Socialization (соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування) – даному способу стресодолання притаманне прагнення до спілкування, звернення за підтримкою до сім'ї, близьких людей чи до кваліфікованих спеціалістів. Крім цього, ми можемо самі допомагати іншим потребуючим людям, занурюватися в суспільну роботу тощо. Суть способу

полягає у соціальній включеності, можливості бути серед людей, бути чимось корисною, почувати себе частиною системи, організації тощо.

Imagination (уява, мрії, спогади, творчість) – цей спосіб подолання стресу апелює до наших творчих здібностей, креативної сторони нашої особистості. Завдяки уяві ми можемо мріяти, розвивати інтуїцію та пластичність, шукати і знаходити рішення у світі гри та фантазії, уявляти собі змінене майбутнє та минуле, навіть спогади про щасливі моменти здатні зменшити інтенсивність переживань у складних ситуаціях «тут і тепер». Сюди також відноситься почуття гумору, імпровізація, мистецтво та різного роду ремесла.

Cognition (розум, пізнання, когнітивні стратегії) – спосіб подолання кризи через звернення до наших ментальних здібностей, до нашого вміння логічно та критично мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати та осягати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати достовірну інформацію, аналізувати проблеми та вирішувати їх. Сюди ж належить пріоритетність, альтернатива, делегування та саморефлексія (розмова з самим собою).

Physical (фізична активність, тілесні ресурси) – спосіб стресодолання, що передбачає звернення до фізичної активності нашого тіла. Цей спосіб пов’язаний із такими можливостями нашого фізичного тіла, як здатність відчувати себе завдяки слуху, зору, нюху, дотику, смаку, відчуттю тепла та холоду, болі та задоволення, орієнтації на місцевості, внутрішньої напруги чи розслаблення. Він також включає в себе різного роду фізичні навантаження (зарядка чи виконання фізкультурних комплексів, ходьба, прогулянка на природі, походи в гори тощо) та тілесні практики (релаксаційні техніки, дихальні вправи тощо).

Так, у кожної людини є шість каналів подолання стресу, при цьому, з них домінуючими є лише кілька. З огляду на це, важливо розуміти свої сильні сторони і розвивати слабкі (пасивні) канали, тим самим посилюючи і збагачуючи свої ресурси. Який канал у Вас розвинутий краще інших, а які варто

ще розвивати можна дізнатися, пройшовши тест [63]. Важливо пам’ятати, що немає правильного чи неправильного з вищеописаних, кожен має свої переваги та недоліки. При цьому, щоб поновити та збільшити сили та ресурси в ситуаціях, коли людина втратила ґрунт під ногами, варто осмислити вже ті частини наших ресурсів, що є в наявності та зосередитися на ефективному їх використанні. Якщо ж людина відчуває себе у «глухому куті», варто звернутися до тих частин, які поки що не проявлені чи дуже слабкі [63].

Техніки заземлення) [9; 25; 51; 60].

Це – прекрасний інструмент для таких ситуацій, і їх можна використовувати де б ви не знаходилися. Повертаючи свою свідомість і тіло назад в даний момент, ми можемо організувати нашому мозку простір, щоб він заспокоївся, і відчути себе трохи більш сконцентрованими.

Вправа «*Дихання по квадрату*»

Це одна з найпростіших методик швидкого заспокоєння. За цією методикою потрібно пальцем однієї руки водити по долоні іншої, утворюючи квадрат. На вертикальних гранях уявного квадрату треба робити вдих/видих, а на горизонтальних паузи. Вдих – пауза – видих – пауза. Так треба повторювати 2-3 хвилини або поки не заспокоїшся. Спробуйте. Опишіть, що ви відчуваєте.

Вправа «*Стирання інформації*»

Розслабтеся. Заплющте очі. Уявіть, що перед вами лежить чистий аркуш паперу, олівці, гумка. Подумки намалюйте на аркуші негативну ситуацію, яку б вам хотілося забути. Це може бути реальна картинка, образна ситуація. Подумки візьміть гумку й послідовно «витирайте» з аркуша цю негативну інформацію, доки не зникне ця картинка. Опишіть, що ви відчуваєте.

Вправа «*Ворона на шафі*»

Якщо певна людина викликає у вас негативні емоції, а вам доводиться взаємодіяти з нею, можна зменшити своє напруження, подумки домальовуючи реальну картину ситуації. Наприклад, уявіть цю людину дуже маленькою, у

смішному вбранні або розташуйте її на значній відстані від себе, у дивному місці, змініть в уяві тембр її голосу тощо. Тобто віднайдіть такі доповнення до ситуації, людини, що зроблять її кумедною або незначущою для вас. Опишіть, що ви відчуваєте [9; 25; 51; 60].

Заключна частина – це підбиття підсумків тренінгу, рефлексія.

Не буває прийомів, які були б ефективними абсолютно для всіх. Комусь легше нормалізувати свій психологічний стан шляхом розслаблення м'язів, декому – шляхом рухової активності. Хтось ліпше використовує можливості уяви, а хтось – абстрактно-логічного мислення. Тому спробувавши методи психологічної саморегуляції, потрібно обрати для себе найефективніший.

Таблиця 2.2.

Тренінг «Профілактика емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни»

ВПРАВА	ФОРМА РОБОТИ	МАТЕРІАЛИ	ЧАС
1. Представлення тренера.	Інформаційне повідомлення	-	5 хв.
2. Висловлювання про очікування від зустрічі.	Робота з колом учасників	Фліп-чарт,папір для фліп-чарту,маркери, самоклеючий папір.	15 хв.
3. Правила роботи в групі.	Мозковий штурм	Фліп-чарт,папір для фліп-чарту,маркери.	10 хв.
4. Знайомство з учасниками. **Вправа 1.** ***«Мене на роботі цінують за ...»***	Робота з колом учасників	Маркери, бейджики.	20 хв.
5. «Чому важливо говорити про вигорання?»	Робота з колом учасників	-	20 хв.
6. **Вправа 2.** ***«Береги сподівань»***	Робота з колом учасників	Папір А4, ручки, планшетки.	10 хв.
7. Війна. Пацієнти. Стрес та його наслідки.	Робота з колом учасників	Папір А4, ручки, планшетки	10 хв.
	КАВА-БРЕЙК		**15 хв.**
8. **Вправа 3.** ***«Визначаємо ознаки вигорання у себе»***	Інформаційне повідомлення.	-	10 хв.

9. Що таке професійне вигорання?	Інформаційне повідомлення.	-	10 хв.
10. Стадії емоційного вигорання.	Інформаційне повідомлення	-	10 хв.
11. Групи ризику. Причини вигорання.	Робота з колом учасників	Фліп-чарт,папір для фліп-чарту,маркери.	10 хв.
12. Ознаки емоційного вигорання під час війни Життєві приклади ознак вигорання..	Робота з колом учасників	Фліп-чарт,папір для фліп-чарту,маркери.	10 хв.
13. Втома від співчуття. Травма. Вторинна травматизація	Робота з колом учасників	-	10 хв.
14. **Вправа 3.** ***Методика «Кола контролю»***	Самостійна робота	Папір А4, планшетки, ручки.	15 хв.
15. Практичні навички турботи про себе. ***Самодіагностика «Асоціація на слово «робота»***	Робота з колом учасників, інформаційне повідомлення.	-	15 хв.
	ОБІД		**90 хв.**
16. **Вправа 4.** ***Методика BASIC (ph).***	Робота з колом учасників.	Роздатковий матеріал, ручки, планшетки.	40 год.
17. **Вправа 5.** ***Техніка релаксації (повільне дихання)***	Робота з колом учасників.	-	10 хв.
18. **Вправа 6.** ***Техніка Майндфулнес (усвідомлене пиття)***	Робота з групою	Вода, одноразові стакани, проектор, техніка для відтворення відео.	15 хв.
19. **Вправа 7.** ***Техніка «Метелик»***	Робота з колом учасників.	-	10 хв.
20. **Вправа 8.** ***Техніка «М'язова релаксація Джекобсона»***	Робота з колом учасників.	Проектор, техніка для відтворення відео.	15 хв.
	КАВА-БРЕЙК		**15 хв.**
21. **Вправа 9.** ***Техніка «Відчепитися з гачка»***	Робота з колом учасників.	Проектор, техніка для відтворення відео.	10 хв.
22. **Вправа 10.** ***Техніка «Заземлення при надмірних емоціях»***	Робота з колом учасників.	-	20 хв.
23. Підбиття підсумків.	Шерінг, робота з колом учасників. Відповіді на запитання.	-	10 хв.

24. Обговорення очікувань.	Робота з колом учасників.	Фліпчарт, самоклеючий папір, маркери.	20 хв.
25. Завершення зустрічі.			

Соціально-психологічний тренінг є одним з основних методів усвідомлення, попередження, профілактики та подолання синдрому емоційного вигорання у медичних працівників закладів охорони здоров'я в умовах війни, так як тільки через усвідомлення свого стану можна сформувати вміння керувати своєю поведінкою та емоціями у своїй роботі.

До звичайних методів профілактики емоційного вигорання, які описані в сучасній літературі, належать зазвичай такі методи саморегуляції, які були описані українським психологом, доктором психологічних наук, професором, академіком Національної академії педагогічних наук України Сергієм Максименко [35]:

1. Якісний, повноцінний відпочинок з ізоляцією від роботи, допомога психотерапевта, психолога; в наступному - організація пауз в роботі - регулярний відпочинок, баланс «робота – дозвілля».

2. Регулярні фізичні навантаження завдяки яким організм має можливість відновлюватися емоційно та фізично. Пошук таких видів активності, які викликають задоволення (прогулянки, біг, танці, велосипед).

3. Повноцінний сон, як найважливіший фактор, який редукує стрес.

4. Організація «здорового робочого оточення» шляхом планування черговості, терміновості виконання справ, управління своїм часом. Раціональна організація своєї роботи: часті короткі перерви у роботі, освоєння навички делегувати відповідальність (розподіляти відповідальність за результат діяльності з пацієнтами).

5. Наявність інтересів поза роботою, підтримання хобі з метою можливості зняти напруження, зокрема, обов'язково має бути час на свіжому

повітрі, застосування технік розслаблення (масаж, теплий душ, медитація, дихальні техніки або йогівські вправи).

6. Активна професійна позиція, самовдосконалення та професійний розвиток.

7. Безпечне звільнення від негативних думок й переживань.

8. Планування цілей на перспективу і найближче майбутнє.

9. Уміння радіти та наповнюватися позитивними емоціями [25].

Вигорання є постійною проблемою для медичних працівників як в умовах війни, так і поза нею, і необхідні постійні зусилля з пом’якшення його наслідків. Хоча хронічну спіраль емоційного вигорання медичних працівників не завжди легко вилікувати за допомогою короткострокових втручань, – існує багато факторів, які зменшують емоційне вигорання: такі, як постійний контроль над робочим середовищем, баланс робочого навантаження та відпочинку, значущість роботи, ясність очікувань, позитивний зворотний зв'язок, час для вирішення особистих питань, згуртованість робочого колективу.

Окремі індивідуальні втручання значно зменшують емоційне виснаження, але не впливають на інші змінні вигорання. Організаційні методи багатообіцяючі та направлені на пошук універсальних рішень щодо питання профілактики прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі наведено теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження особливостей профілактики прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни. Це дозволило сформулювати висновки, що відображають вирішення завдань дослідження відповідно до поставленої мети.

Вже третій рік, в умовах повномасштабної війни, медичні працівники(ниці) працюють в надскладних умовах, високий рівень професійного стресу став буденністю, і це дається взнаки. Емоційне виснаження та хронічна втома, порушення стосунків з близькими, проблеми з соматичним здоров’ям – ці симптоми негативно впливають на працездатність, фізичне та психологічне самопочуття тих, хто сам продовжує забезпечувати можливість жити оточуючим, суспільству. І це є ознаки емоційного вигорання.

Слід зазначити, що емоційне вигорання є однією з найпоширеніших проблем серед медичних працівників і призводить до зниження робочої ефективності, збільшення кількості помилок, до погіршення психічного та фізичного здоров'я працівників. Отже, вивчення синдрому професійного емоційного вигорання, як психологічного феномену, та впровадження методів профілактики та лікування його – є важливим завданням для медичної галузі.

Проблеми і стреси виникають у всіх, і зазвичай вони долаються в процесі роботи. Але з професійним вигоранням справа йде складніше. Це тривалий, затяжний процес, який назріває і накопичується, а потім виводить співробітника з робочого стану також на довгий термін.

На основі узагальненого теоретичного аналізу та емпіричного дослідження особливостей прояву емоційного вигорання медичних працівників ми дійшли таких висновків.

Емоційне вигорання медичних працівників в умовах війни – це складний багатовимірний синдром, що характеризується хронічним емоційним та

фізичним виснаженням, цинізмом або деперсоналізацією, а також зниженням відчуття професійної ефективності та особистих досягнень. Він виникає внаслідок тривалого впливу екстремальних стресових факторів, пов'язаних з роботою в умовах підвищеної небезпеки, інтенсивного емоційного навантаження, обмежених ресурсів та морально-етичних викликів, що притаманні медичній практиці під час військових дій, та, при цьому, знецінення відпочинку.

Для визначення рівня прояву емоційного вигорання у медичних працівників нами було підібрана методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка.

З метою визначення чинників, які впливають на рівень прояву емоційного вигорання у медичних працівників, було підібрано три методики: методика «Шкала депресії А. Бека»; методика «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна» та методика *«Опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 WELL – BEING SNDEX) (адаптація Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер)*.

Емпіричне дослідження проводилося в грудні 2024 року в Комунальному некомерційному підприємстві Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни». У дослідженні приймало участь 30 медичних працівників, віком від 27 до 55 років.

Аналіз результатів показав, що серед 100% респондентів 63% знаходиться в зоні формування емоційного вигорання, 3% – у зоні сформованого синдрому емоційного вигорання і лише 34% знаходяться в зоні балансу, тобто синдром емоційного вигорання не сформований.

Встановлено, тільки у 20% − середній ступінь депресії, тоді як у 80% респондентів − високий рівень депресії, що свідчить про розповсюдженість цього психічного стану серед досліджуваної групи і є значущою та тривожною динамікою.

Визначено, що помірний рівень реактивної (ситуативної) тривожності у 77% досліджених медичних працівників, у 17% фіксується високий рівень. Ці дані вказують на те, що значна частина учасників дослідження відчуває тривогу в ситуативних обставинах. Цей результат може свідчити про вплив факторів оточуючого середовища на емоційний стан. І лише у 5% реактивна тривожність відсутня.

Помірний рівень особистісної тривожності спостерігається у 70% опитуваних, високий – у 23%, а низький – у 7%, що означає, що медичним працівникам слід формувати відчуття впевненості й успіху. Їм необхідно зміщувати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності, високої значимості в постановці завдань на змістовне осмислення діяльності та конкретне ситуативне планування.

Встановлено, що високий рівень відчуття психологічного благополуччя спостерігається у 13% опитуваних, середній – у 57%, а низький – у 30 %.

Встановлено статистично значущий зв’язок між рівнем прояву емоційного вигорання та такими чинниками, як депресія та тривожність.

У свою чергу, слід зазначити, що не було виявлено статистично значущого зв’язку між рівнем прояву емоційного вигорання та психологічного благополуччя.

Для контролю та попередження емоційного вигорання у медичних працівників у своїй роботі ми запропонували тренінг «Профілактика емоційного вигорання медичних працівників в умовах війни». Тренінг спрямований на розкриття сутності поняття емоційного (професійного) вигорання, його профілактики, ознайомлення з основними методами саморегуляції свого психологічного стану і зниження рівня психоемоційної напруги та активізацію мотиваційної сфери особистості.

Завданнями виступають: інформування про наявні методи попередження, профілактики та подолання прояву емоційного вигорання медичних

працівників; сприяння формуванню практичних навичок володіння собою в різних ситуаціях, опанування методів саморегуляції; збагачення психологічної компетентності медичних працівників з питання емоційного вигорання.

Отже, головна рекомендація щодо емоційного вигорання – це вміння підтримувати баланс всіх сил свого організму (психофізіологічний рівень), а також всіх сфер свого життя. А стреси просто показують, де цей баланс порушений й куди варто скерувати свою увагу та своєчасно приймати конструктивні рішення щодо збереження свого психологічного здоров'я.

Знання етико-деонтологічних принципів і законів психології професійного спілкування у поєднанні з професійною майстерністю медичних працівників, їх дотримання – є фундаментальним для забезпечення високого рівня медичної допомоги і утримання довірливих стосунків між медичними працівниками і пацієнтами, сприятимуть наданню ефективної медичної допомоги навіть у найтяжчих випадках в умовах війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ассонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *НейроNews. психоневрологія та нейропсихіатрія.* 2021. Вип. 10 (131). С.28–33. URL:https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/10%28131%29/pages-28-33/emociyne-vigorannya-medichnih-pracivnikiv-modeli-faktori-riziku-ta-protektivni-faktori#h3-5&gsc.tab=0

2 Барковська Т. В. Особливості емоційного вигорання медичних працівників під час війни. Запоріжжя: ЗНУ, 2022. 152 с.

3. Бамбурак Н. Методи профілактики виникнення професійних ризиків та деформацій у професійній діяльності працівників медичної та соціальної сфери. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія «Психологічні науки». Львів, 2021.15 с.

4. Бондарев Г. В., Круть П. П. Основи військової психології: навч. посіб. Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272 с.

5. Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. Психологічні перспективи. 2020. Вип. 36. С. 37–48. URL: https://orcid.org/0000-0002-5361-4677

6. Варгата О. В., Кулешова О. В., Міхєєва Л. В. Психологічні чинники професійного вигорання педагогів. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2021. № 75, Т. 1. С. 68–70.

7. Ващенко І. В. Про деякі показники емоційного вигорання працівників ОВС. Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Харків, 2007. Вип. 23. С. 44–52.

8. Вознесенська О. Л. Профілактика емоційного вигорання фахівців, що працюють з травмами війни. *Робота з травмами війни. Український досвід /* за наук. ред. Л. А. Найдьонової, О. Л. Вознесенської, В. В. Савінова: матеріали

Першої всеукр. наук.-практ. конф., 28-31 березня 2018 р. Київ, Київ: Золоті ворота, 2018. С. 26–33. URL: ttps://lib.iitta.gov.ua/711685/1/Робота%20з%20травмами%20війни.%20Український%20досвід-мат.конф.-03.2018.pdf

9. Вправи, які допоможуть при тривозі. *MozOk:* веб-сайт URL:https://mozok.ua/anxietydisorder/article/3594-vpravi-yak-dopomozhut-pri-trivoz (дата звернення: 22.11.2024).

10. Грінберг Дж. Управління стресом. 7-е вид. Львів, 2002. 496 с.

11. Головенко Х. В., Сопель О. М. Розширення синдрому емоційного вигорання в медичному персоналі і фактори, які спричиняють його розвиток. *Медсестринство*: журнал № 1, 20 листопада 2015. Вінниця С.51–53.

12. Грубі Т. В. Особливості вияву синдрому професійного вигорання у працівників державної податкової служби України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка, 2009. Т.1. Ч.24. С. 213–217.

13. Грубі Т. В. Психологічні чинники професійного вигорання працівників державної податкової служби України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка, 2008. Т.1. Ч.20. С. 42–45.

14. Дітковська Л. І. Дослухайтеся до себе, своїх емоцій і не перевантажуйте себе переживаннями, вирішення яких від вас не залежить. *Тернопільський Пресс-клуб*. 31.01.2024. веб-сайт URL: https://pressclub.te.ua/novyny/larysa-didkovska-dosluhajtesya-do-sebe-svoyih-emoczij-i-ne-perevantazhujte-sebe-perezhyvannyamy-vyrishennya-yakyh-vid-vas-ne-zalezhyt/ (дата звернення: 17.12.2024)

15. Дітковська Л. І. Сірої середини вже немає. *Український кризовий медіа-центр*. 30.09.2023. веб-сайт URL:

https://uacrisis.org/uk/larysa-didkovska-siroyi-seredyny-vzhe-nemaye (дата звернення: 17.12.2024).

16. Дослідження та аналітика Архіви – *Mental Health*: веб-сайт URL: https://mentalhealthua.org/ecosystem/doslidzhennia-ta-analityka (дата звернення: 12.05.2024).

17. Дзюба К. Профілактика професійного вигорання. *Психолог.* 2013. № 8. С.24–25.

18. День психічного здоров'я. *Одеський національний медичний університет.* 09.10.2023. веб-сайт URL: https://onmedu.edu.ua/10-zhovtnja-svit-vidznachaie/ (дата звернення: 14.11.2024).

19. Дудяк В. Емоційне вигорання. Київ: Главник, 2007. 126 с

20. Емоційне вигорання під час війни. *Ресурсна психологія та психотерапія:* веб-сайт. URL: https://arpp.com.ua/articles/emotional-burnout-during-the-war/ (дата звернення: 09.12.2024).

21. Емоційне вигорання педагогів. Методичні рекомендації./ Укладачі: творча група практичних психологів: А. В. Коняхіна та ін. Суми: методичний кабінет відділу освіти Сумської районної державної адміністрації, 2016. 60 с. URL: https://psyhologdcpp.in.ua/wp-content/uploads/2020/03/Збірник-Емоційне-вигорання-педагогів.pdf

22. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник / Н. А. Агаєв та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf

23. Запобігання виникненню синдрому професійного вигорання та синдрому емоційного вигорання – шлях до збереження психічного здоров'я. Методичні рекомендації. Миколаїв. 2020.

URL:https://dspace.mnau.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/7932/1/Zapobihannia%20vynyknenniu%20syndromu_Ruryk.pdf

24. Згодько Д. Д., Шиліна А. А. Особливості переживання стресу медичними працівникамипід час війни. *Особистість, Суспільство, Війна.* Тези доповідей учасн. міжнар. психол. форуму, 7 квітня 2023, Харків, 2023 С. 93–95. URL:http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/17373/1/Osobystist%20suspilstvo%20viina_2023.pdf

25. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Теорія та практика психологічних тренінгів. Київ – Ніжин: Видавець ПП Лисенко М. М., 2019. 209 с. URL:https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/721625/1/Zlyvkov_Lukomska.pdf

26. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: метод. рекомендації. Київ: Інститут психології ім. Г.С. Костюка, НАПН України, 2022. 52 с.

27. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І., Грубі Т. В. Психологічні чинники професійного вигорання працівників державної фіскальної служби України: монографія / Л. М. Карамушка, О. І. Бондарчук, Т. В. Грубі. Кам'янець – Подільський: Медобори 2006, 2015. 254 с.

28. Карамушка Л. М., Гнускіна Г. В. Психологія професійного вигорання підприємців : монографія / Л. М. Карамушка, Г. В. Гнускіна. Київ: Логос, 2018. 175 с.

29. Кечур Р. Всім українцям потрібно розраховувати свої сили. *Медіа Хаб «Твоє місто».*1 листопада 2023. веб-сайт. URL: https://tvoemisto.tv/blogs/psyhologichno_lyudyam_u_tylu_chasom_vazhche_nizh_ih nim_ridnym_na_peredoviy_156569.html (дата звернення: 24.11.2024).

30. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості: навч. посіб. Київ: Либідь, 2007. 256 с

31. Кравець О. В., Станін Д. М., Єхалов В. В. Стрес-адаптація медичних працівників за умов воєнного часу. The 9th International scientific and practical

conference «Science, innovations and education: problems and prospects». 2022. April 6-8 С. 74–80.

32. Кононенко О. І. Вплив перфекціонізму особистості на виникнення емоційного вигорання. Науковий вісник Херсонського державного університету. №2, Т.1. 2014. С. 81–85.

33. Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медсестринство*. 2019. № 3. С. 39–41.

34. Лазарус Р. Теорія стресу та психофізіологічні дослідження //Емоційний стрес. К.: Медицина, 1970. 202 с.

35. Максименко С. Д. Теорія і практика психолого–педагогічного дослідження. Київ: НДІП, 1990. 240 с.

36. Максименко С. Д. Технологія спілкування (комунікативна компетентність вчителя: сутність і шляхи формування) / за ред. С. Д. Максименко, М. М. Заброцький. Київ: Главник, 2005. 112 с.

37. Маркова М. В., Марков А. Р. Медико-психологічні детермінанти інформаційно-психологічної безпеки цивільного населення. Харків: Друкарня Мадрид, 2019. 248 с.

38. Марута Н., Попов Д., Хаустова О. та ін. Психосоматичні стани під час війни. *Український медичний часопис* 2022. № 5 (151) – IX/X.
DOI: 10.32471/umj.1680-3051.151.233846 (дата звернення: 12.12.2024).

39. Марута Н. Психосоматичні стани під час війни. *Український медичний часопис*, 2022. 5 (151). DOI: 10.32471/umj.1680-3051.151.233846
URL:https://www.umj.com.ua/article/233846/psihosomatichnistani-pid-chas-vijni
(дата звернення: 03.01.2025).

40. Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров’я. *Медична газета «Здоров’я України»*. жовтень 2019 р. №3, С.2–7. URL:

http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/992/1/Nevro_3_2019_str_2_6_7.pdf (дата звернення: 20.12.2024).

41. МОЗ. Міністерство охорони здоров'я України. 14.09.2022. веб-сайт. URL:https://moz.gov.ua/article/news/v-ukraini-prezentuvali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomasshtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-naselennja-- (дата звернення: 22.12.2024).

42. МОН. Міністерство освіти і науки України. 29 травня 2022. веб-сайт. URL:https://mon.gov.ua/news/efektivni-poradi-vid-emotsiynogo-vigorannya-pid-chas-viyni (дата звернення: 25.05.2024).

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

44. Міщенко М. С. Особливості дослідження синдрому емоційного вигорання за допомогою методики «діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойко. URL:https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/3397/1/Diagnostika%20rivnya%20emotciinogo%20vygorannya.pdf

45. Методичні рекомендації «Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери» / за заг. ред. М. Л. Авраменка. Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів. Львів, 2008. 53 с.

46. Методика «Шкала депресії А. Т. Бека» URL:https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf

47. Методика «Шкала самооцінки реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна». URL:https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf

48. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Л. М. Карамушка та ін. / за ред. Л. М. Карамушки. Київ: Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с. URL: https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/56142

49. Михайленко О. В. Професійне вигорання у діяльності фахівців соціально-виховної роботи. Вісник №23 (179). 2023. URL:file:///C:/_my-doc/_%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F/__%D0%9C%D0%B0%D0%B3%D1%96%D1%81%D1%82%D1%80%D1%81%D0%BA%D0%B0%20%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D1%82%D0%B0_%D0%92%D0%B8%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F/_%D0%9A%D1%83%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%B0%202/Mykhailenko+O..pdf

50. Орел В. Е. Феномен «вигорання» у закордонній психології: емпіричні дослідження й перспективи. *Психологічний журнал*. 2001. Т. 22. № 1. С.43–48.

51. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. / за заг. ред. Л. Царенко. ОБСЄ. Том 2. Київ, 2018. 240 с. https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf

52. Пахомов І. В. Профілактика професійного та емоційного вигорання педагогічних працівників закладів професійної (професійно-технічної) освіти: навчальний посібник. Біла Церква: БІНПО ДЗВО «УМО» НАПН України, 2024. 114 с. URL:

https://binpo.com.ua/wp-content/uploads/2024/01/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D0%9F%D0%95%D0%92-%D0%9F%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B2.pdf (дата звернення: 12.12.2024).

53. Перелигіна Л. А., Ситник М. Ю. Професійний стрес пожежних рятувальників і медичних працівників в екстремальних умовах діяльності. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. № 13. С.206–215.

54. Поджіо Т. Ю. Аналіз психодіагностичного інструментарію для дослідження професійного вигорання науково-педадогічних працівників закладів вищої освіти. Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. Том 32 (71) № 3. С.88–92

55. Пилипенко Н. Г., Шестак Н. В. Емпіричне дослідження особливостей емоційного вигорання у медичних працівників. *Габітус*. 2020. Вип. 16. С. 175–179. URL:http://habitus.od.ua/journals/2020/16-2020/30.pdf

56. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. *Національний інститут стратегічних досліджень.* 27.06.2023. веб-сайт. URL:https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny (дата звернення: 24.12.2024).

57. Психічне здоров'я в умовах війни. *UNDP*. 10 October 2023. веб-сайт. URL:https://www.undp.org/uk/ukraine/news/psykhichne-zdorovya-v-umovakh-viyny-yak-hromadski-orhanizatsiyi-pidtrymuvani-proon-nadayut-psykholohichnu-dopomohu-ukrayintsyam (дата звернення: 20.11.2024).

58. Психологічний стан українців у воєнний період. *Укрінформ*. 25 червня 2024. веб-сайт. URL: https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3716026-psihologicnij-stan-ukrainciv-u-voennij-period.html (дата звернення: 24.11.2024).

59. Практикум з психології : психодіагностичні методики для самопізнання / упорядник Періг І. М. Тернопіль: СМП «Тайп», 2017. 116 с. URL:https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/22515/1/%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D1%83%D0%BC%20%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F%202017.pdf

60. Профілактика професійного вигорання. *ТИ ЯК?:* веб-сайт. URL:https://howareu.com/materials/profilaktyka-profesiinoho-vyhorannia-2-epizod-osvitnoho-kursu-dlia-fakhivtsiv-iaki-zadiiani-u-nadanni-posluh-iz-pzpsp

(дата звернення: 10.11.2024).

61. Предко В., Предко Д. Особливості психічного стану українців в умовах війни. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія*. 2022. Вип. 3 (56). С.78–84. веб-сайт. URL:http://journals.maup.com.ua/index.php/psychology/article/view/2390/2865 (дата звернення: 10.05.2024).

62. Ретявко О. В. Проблема вигорання у медичних працівників та способи корекції. ХМАПО, кафедра сексології, психотерапії та медичної психотерапії. *Медичний портал ITMED.* 2021. веб-сайт. URL: https://itmed.org/clinik_articles/problema_vigorannya_u_medichnikh_pratsivnikiv_ta_sposobi_korektsii_/ (дата звернення: 10.12.2024).

63. Ресурсоорієнтована модель стресодолання BASIC (ph). *Ресурсна психологія та психотерапія:* веб-сайт. URL:https://arpp.com.ua/articles/resursooriyentovana-model-stresodolannya-basic-ph/ (дата звернення: 10.05.2024).

64. Руднєва К. Л., Кучеренко Є. В. Переживання стресу медичними працівниками багатопрофільної лікарні. *Гуманітарний корпус:* зб. наук. статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії. Вип. 24. Вінниця, 11 березня 2019. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. С. 171–173.

65. Рибалка В. В. Методологічні питання наукової психології. Досвід особистісно центрованої систематизації категоріально-понятєвого апарату: навч.-метод. посіб. Київ: Ніка – Центр, 2003. 204 с.

66. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар’єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. Київ: Міленіум, 2006. 365 с.

67. Сельє Г. Стрес без дистресу. Київ, 1997. 306 с.

68. Сельє Г. Нариси про адаптаційний синдром. Київ: Медицина, 1960. 254 с.

69. Селюк М. М., Селюк О. В., Чабан О. С. Війна, яка виснажила нас усіх. Як відновити жагу до життя? *Спеціалізований медичний портал Health-ua.com.* 10.07.2023. веб-сайт. URL:https://health-ua.com/article/73451-vjna-yaka-visnazhila-nas-ush-yak-vdnoviti-zhagu-dozhittya (дата звернення: травень 2024)

70. Толмачевська В. О. Особливості психоемоційного напруження у медичних працівників з урахуванням гендерних факторів та медичного стажу роботи. *Психологія праці.* Випуск 32. 2021, С.165–170. URL:http://habitus.od.ua/journals/2021/32-2021/29.pdf

73. Технології роботи організаційних психологів : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти / за наук. ред. Л. М. Карамушки. Київ: Фірма «ІНКОС», 2005. 366 с.

75. Тиравський В. Українським лікарям на фронті загрожує криза психічного здоров'я. *Foreign Ukraine. Україна крізь призму іноземних мас-медіа.* 01.10.2023. веб-сайт. URL:https://foreignukraines.com/2023/10/01/ukrainian-doctors-at-the-front-face-a-mental-health-crisis/ (дата звернення: 10.12.2024).

76. Ханіна М. Ю. Теоретико-методологічні засоби дослідження синдрому «професійного вигорання» державних службовців: автореф. дип. роботи на здобуття освітнього ступеня «магістр»: спец. 281 "Публічне управління та адміністрування"; ЧНУ ім. Петра Могили. Миколаїв, 2020. 13 с.

77. Федік І. В. Психологічні аспекти медичної праці: навч. посібник Київ: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 126с., Lang G., Pfister E., Siemens M. Nursing burnout: cross-sectional study at a large Army hospital. *Mil Med.* 2010. Vol. 175(6). P.435-441. DOI: 10.7205/milmed-d-09-00284.

78. Цимбалюк І. М. Психологія спілкування: навч. посіб. Вид. 2-ге, випр. та доп. Київ: ВД «Професіонал», 2007. 464 с.

79. Чеканська Л. М. Особливості психологічної профілактики професійного вигорання у педагогів. *Освітні інновації: філософія, психологія, педагогіка*: матеріали VII Міжнар. наук.-практ. конф., 10 грудня 2020, м. Суми, у 2 ч. Суми: ФОП Цьома С. П., 2020. Ч. 2. С.211–217.

80. Чеканська Л. В. Емоційне вигорання під час війни та методи саморегуляції особистості. *Освітні інновації: філософія, психологія, педагогіка*: матеріали IX Міжнар. наук.-практ. конф., грудень 2021, м. Суми. Суми: ФОП Цьома С. П., 2021
URL:https://vorozhba.lbd-osv.gov.ua/news/11-54-02-15-07-2022/
(дата звернення: 12.12.2024).

81. Чеканська Л. М., Ставицька В. О. Сутність поняття «емоційного вигорання» в контексті різноманітних психологічних концепцій. *Психологія: від теорії до практики*: Інноваційні технології в роботі практичного психолога (матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції, 30 травня 2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. [у 2-х ч.]. Ч. 1. Суми: НВВ КЗ СОІППО, 2024. С. 154–157.

82. Чорна В. В. Психофізіологічний стан здоров'я медичних працівників закладів охорони здоров'я під час воєнного стану. *Психологічні читання:* зб. матеріалів IX наук.-практ. конф. молодих вчених, 1 грудня 2023р., м. Харків. С.221-262.
URL:https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/6280 (дата звернення: 22.11.2024).

83. Яворовська Л. М. Теоретичні підходи до визначення психологічного благополуччя особистості. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія : Психологія. 2011. № 985. Вип. 48. С.46–49

84. Ярхо. О. Втома від співчуття: чому постійні заклики про допомогу викликають емоційне вигорання. *OBOZ.UA.Суспільство. думки.* 29.05.2024. веб-сайт.
URL:https://news.obozrevatel.com/ukr/society/vtoma-vid-spivchuttya-chomu-postijni-zakliki-pro-dopomogu-viklikayut-emotsijne-vigorannya.htm
(дата звернення: 05.12.2024р.)

85. Beard, J. G., Ragheb, M. G. Measuring Leisure Satisfaction. *Journal of Leisure Research,* №12(1), 13 febr. 2018. P. 20–33. веб-сайт.
URL: https://doi.org/10.1080/00222216.1980.11969 (дата звернення: 05.12.2024).

86. The ICD-10: Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization. Geneva: WHO, 1992. 267 p.

87. Maslach C. Historical and conceptual development of burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli / Professional burnout: Recent developments in the theory and research / Ed. W. B. Shaufeli, C. Maslach, T. Marek. Washington D. C.: Taylor & Francis, 1993. P. 1–16

88. Freundberger H. J. Staff burnout / Social Scienes. 1974. 15 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати визначення кореляційного зв'язку між рівнем прояву емоційного вигорання та депресії у медичних працівників

N опитаних	Показники рівня емоційного вигорання (змінна А)		Показники рівня депресії (змінна В)		d (ранг А-ранг В)	d^2
	інд.значення	ранг	інд.значення	ранг		
1	162	**25**	28	**27**	-2	4
2	83	**6**	11	**1**	5	25
3	145	**21**	13	**3**	18	324
4	125	**12**	25	**23,5**	-11,5	132,25
5	75	**1**	18	**11**	-10	100
6	181	**29**	21	**19**	10	100
7	207	**30**	31	**29,5**	0,5	0,25
8	168	**26,5**	28	**27**	-0,5	0,25
9	102	**8**	19	**14**	-6	36
10	138	**19,5**	23	**21,5**	-2	4
11	128	**14,5**	21	**19**	-4,5	20,25
12	173	**28**	25	**23,5**	4,5	20,25
13	137	**17,5**	19	**14**	3,5	12,25
14	78	**3,5**	16	**7,5**	-4	16
15	135	**16**	14	**4,5**	11,5	132,25
16	76	**2**	12	**2**	0	0
17	159	**24**	20	**17**	7	49
18	155	**23**	17	**9,5**	13,5	182,25
19	126	**13**	19	**14**	-1	1
20	81	**5**	19	**14**	-9	81
21	98	**7**	21	**19**	-12	144
22	137	**17,5**	31	**29,5**	-12	144
23	168	**26,5**	28	**27**	-0,5	0,25

24	152	**22**	19	**14**	8	64
25	138	**19,5**	23	**21,5**	-2	4
26	128	**14,5**	26	**25**	-10,5	110,25
27	103	**9**	15	**6**	3	9
28	107	**10**	17	**9,5**	0,5	0,25
29	78	**3,5**	16	**7,5**	-4	16
30	113	**11**	14	**4,5**	6,5	42,25

Результат: $r_s = 0,61$

Критичне значення для N=30

N	p	
	0.05	0.01
30	0.36	0.47

Додаток Б

Результати визначення кореляційного зв'язку між рівнем прояву емоційного вигорання та реактивної (ситуативної) тривожності у медичних працівників

N опитаних	Показники рівня емоційного вигорання (змінна А)		Показники рівня реактивної (ситуативної) тривожності (змінна В)		d (ранг А-ранг В)	d^2
	інд.значення	ранг	інд.значення	ранг		
1	162	**25**	46	**27**	-2	4
2	83	**6**	30	**1,5**	4,5	20,25
3	145	**21**	39	**10,5**	10,5	110,25
4	125	**12**	32	**5**	7	49
5	75	**1**	38	**7**	-6	36
6	181	**29**	49	**29,5**	-0,5	0,25
7	207	**30**	45	**24,5**	5,5	30,25
8	168	**26,5**	38	**7**	19,5	380,25
9	102	**8**	44	**22,5**	-14,5	210,25
10	138	**19,5**	42	**16,5**	3	9
11	128	**14,5**	40	**14**	0,5	0,25
12	173	**28**	45	**24,5**	3,5	12,25
13	137	**17,5**	39	**10,5**	7	49
14	78	**3,5**	31	**3,5**	0	0
15	135	**16**	43	**19,5**	-3,5	12,25
16	76	**2**	30	**1,5**	0,5	0,25

17	159	**24**	49	**29,5**	-5,5	30,25
18	155	**23**	46	**27**	-4	16
19	126	**13**	43	**19,5**	-6,5	42,25
20	81	**5**	43	**19,5**	-14,5	210,25
21	98	**7**	39	**10,5**	-3,5	12,25
22	137	**17,5**	42	**16,5**	1	1
23	168	**26,5**	38	**7**	19,5	380,25
24	152	**22**	46	**27**	-5	25
25	138	**19,5**	43	**19,5**	0	0
26	128	**14,5**	40	**14**	0,5	0,25
27	103	**9**	39	**10,5**	-1,5	2,25
28	107	**10**	40	**14**	-4	16
29	78	**3,5**	31	**3,5**	0	0
30	113	**11**	44	**22,5**	-11,5	132,25

Результат: $r_s = 0,4$

Критичне значення для N=30

N	p	
	0.05	0.01
30	0.36	0,47

Додаток В

Результати визначення кореляційного зв'язку між рівнем прояву емоційного вигорання та психологічного благополуччя у медичних працівників

N опитаних	Показники рівня емоційного вигорання (змінна А)		Показники рівня психологічного благополуччя (змінна В)		d (ранг А-ранг В)	d^2
	інд.значення	ранг	інд.значення	ранг		
1	162	**25**	36	**2**	23	529
2	83	**6**	44	**12,5**	-6,5	42,25
3	145	**21**	40	**6,5**	14,5	210,25
4	125	**12**	44	**12,5**	-0,5	0,25

5	75	**1**	56	**25**	-24	576
6	181	**29**	64	**28**	1	1
7	207	**30**	40	**6,5**	23,5	552,25
8	168	**26,5**	52	**22,5**	4	16
9	102	**8**	48	**18,5**	-10,5	110,25
10	138	**19,5**	48	**18,5**	1	1
11	128	**14,5**	40	**6,5**	8	64
12	173	**28**	44	**12,5**	15,5	240,25
13	137	**17,5**	36	**2**	15,5	240,25
14	78	**3,5**	48	**18,5**	-15	225
15	135	**16**	44	**12,5**	3,5	12,25
16	76	**2**	40	**6,5**	-4,5	20,25
17	159	**24**	48	**18,5**	5,5	30,25
18	155	**23**	52	**22,5**	0,5	0,25
19	126	**13**	48	**18,5**	-5,5	30,25
20	81	**5**	64	**28**	-23	529
21	98	**7**	56	**25**	-18	324
22	137	**17,5**	48	**18,5**	-1	1
23	168	**26,5**	36	**2**	24,5	600,25
24	152	**22**	44	**12,5**	9,5	90,25
25	138	**19,5**	40	**6,5**	13	169
26	128	**14,5**	44	**12,5**	2	4
27	103	**9**	56	**25**	-16	256
28	107	**10**	64	**28**	-18	324
29	78	**3,5**	40	**6,5**	-3	9
30	113	**11**	68	**30**	-19	361

Результат: r_s = - 0,2

Критичне значення для N=30

N	p	
	0.05	0.01
30	0.36	0,47