

Національний університет «Чернігівський колегіум»
імені Т. Г. Шевченка
ННІ психології та соціальної роботи
Кафедра загальної, вікової та соціальної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
освітнього ступеня «бакалавр»
на тему
ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Виконала:
студентка 4 курсу, 41 групи
спец. 053 Психологія
Дерев'янка Ірина Вікторівна

Науковий керівник:
Дяченко Вікторія Анатоліївна
канд. психол. наук, доцент

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК _____

Чернігів, 2025

Студентка	_____	_____
	Підпис	П.І.Б.
Наук. керівник	_____	_____
	Підпис	П.І.Б.
Рецензент	_____	_____
	Підпис	П.І.Б.

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри загальної, вікової та соціальної психології, протокол № _____ від «____» _____ 2025 року. Студентка допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри _____

ЗМІСТ

<u>ВСТУП</u>	3
<u>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ</u>	6
1.1. <u>Стан дослідження проблеми емоційного вигорання в науковій літературі</u>	6
1.2. <u>Медико-психологічні характеристики протікання процесу емоційного вигорання особистості</u>	11
1.3. <u>Фактори виникнення емоційного вигорання у медичних працівників</u>	14
<u>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ</u>	27
2.1. <u>Методика та процедура дослідження</u>	27
2.2. <u>Отримані результати та їх аналіз</u>	29
2.3. <u>Практичні рекомендації з профілактики емоційного вигорання медичних працівників</u>	33
<u>ВИСНОВКИ</u>	37
<u>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</u>	39
<u>ДОДАТКИ</u>	43

ВСТУП

Актуальність теми. Унікальність обраної теми дослідження полягає в її важливості для забезпечення ефективної охорони здоров'я та збереження психічного здоров'я самих медичних фахівців. Лікарі, медсестри та інший медичний персонал постійно піддаються емоційним і фізичним навантаженням, адже вони мають справу з критичними ситуаціями, стражданнями пацієнтів та високою відповідальністю. Це робить їх вразливими до вигорання, що може негативно впливати на якість наданих послуг, підвищувати ризик помилок та знижувати загальну ефективність медичних закладів.

Тематика емоційного вигорання серед медичних працівників є надзвичайно актуальною через вплив війни, який загострив проблему: збільшились випадки стресу, тривожності, депресії та професійного вигорання. Вивчення та розробка стратегій профілактики і боротьби з вигоранням у медичній сфері важливі не тільки для збереження здоров'я персоналу, а й для забезпечення стабільної та якісної медичної допомоги. Отже, дана тема має як наукову, так і практичну значущість.

Об'єктом дослідження виступає феномен емоційного вигорання.

Предметом дослідження є фактори виникнення емоційного вигорання у медичних працівників.

Метою дослідження є теоретичне вивчення та емпіричне дослідження емоційного вигорання у медичних працівників.

Згідно з поставленою метою було визначено основні завдання дослідження:

- 1) Теоретичний аналіз феномену емоційного вигорання.
- 2) Висвітлення медико-психологічних характеристик протікання та факторів виникнення емоційного вигорання особистості.
- 3) Організація та проведення емпіричного дослідження емоційного вигорання медичних працівників.
- 4) Розробка практичних рекомендації щодо профілактики емоційного

вигорання медичних працівників.

Теоретико-методологічна основа. Теоретико-методологічною основою дослідження емоційного вигорання у медичних працівників є низка підходів та теорій, що допомагають всебічно вивчити причини, прояви та наслідки цього явища: теорія стресу та адаптації (Г. Сельє); теорія емоційного вигорання (К. Маслач та С. Джексон); мотиваційні теорії (А. Маслоу, Ф. Герцберг).

Важливими у дослідженні емоційного вигорання є праці наступних українських вчених, а саме О. М. Столяренко – вивчав питання стресу та адаптації; Н. Є. Власова – досліджувала психологічні особливості емоційного вигорання та його динаміку серед працівників медичної сфери, розробляючи рекомендації для профілактики вигорання; Т. М. Титаренко – працювала над концепціями, що стосуються стресостійкості та адаптації у професійній діяльності, включно з медичною галуззю; Л. М. Карамушка – займалась вивченням психології професійного стресу, конфліктів і вигорання у різних професійних групах, зокрема серед медичних працівників; І. М. Данилюк – розробляла теоретичні підходи до психологічного благополуччя та профілактики професійного вигорання, фокусуючись на особливостях роботи у сфері медицини; С. Д. Максименко – працював над теоріями особистісного розвитку і психологічної підтримки в умовах підвищеного стресу; Г. С. Костюк – зробив внесок у розуміння психологічних процесів, що відбуваються в умовах стресу, з акцентом на соціально-психологічні аспекти професійного вигорання.

Методи дослідження. В ході дослідження було використано комплекс теоретичних (аналіз, узагальнення, класифікація), емпіричних (анкетування, психодіагностичне опитування) та математико-статистичних (аналіз середніх значень) методів.

Структура роботи зумовлена логікою дослідження і складається зі вступу, двох розділів, списку використаних джерел (32 найменування) та додатків. У першому розділі наведено результати теоретичного аналізу проблеми, проаналізовано сутність феномену емоційного вигорання, описано медико-психологічні характеристики протікання процесу емоційного вигорання

особистості та фактори його виникнення. У другому розділі міститься опис процедури емпіричного дослідження, отримані результати, їхній аналіз та практичні психопрофілактичні рекомендації. Загальний обсяг роботи становить 51 сторінку.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Стан дослідження проблеми емоційного вигорання в науковій літературі

У 1974 році американський психіатр Герберт Фрейденберг уперше ввів термін «burnout» («вигорання»), щоб описати психологічний стан здорових людей, які постійно взаємодіють із пацієнтами в емоційно напруженій атмосфері під час виконання своїх професійних обов'язків. Спочатку це поняття використовувалося для позначення виснаження, що супроводжується відчуттям марності власних зусиль. Проте таке визначення не розкривало повною мірою природу цього феномена і створювало труднощі для його емпіричного аналізу, оскільки бракувало чітких інструментів для вимірювання та дослідження [3, с. 66].

Стан емоційного вигорання можна охарактеризувати як виснаження, яке зачіпає як емоційну, так і фізичну сфери. Воно супроводжується негативними змінами у сприйнятті власних професійних досягнень, зниженням продуктивності, байдужістю до роботи та втрату емпатії у стосунках із клієнтами, а також уникненням відповідальності. Згідно з визначенням ВООЗ, емоційне вигорання – це стан фізичного, емоційного або мотиваційного виснаження, який проявляється через зниження працездатності, безсоння, постійну втому, підвищену схильність до соматичних хвороб, а також використання психоактивних речовин або алкоголю для тимчасового полегшення [6, с. 354]. Це може призводити до формування залежності та, у багатьох випадках, суїцидальних думок чи поведінки. Синдром вигорання виникає як реакція на тривалий стрес через високі професійні та емоційні навантаження, часто зумовлені надмірною залученістю у роботу на шкоду відпочинку чи сімейному життю. Відповідно до Міжнародної класифікації

хвороб Х перегляду, цей стан класифікується як розлад, пов'язаний зі стресом і складнощами у підтримці збалансованого способу життя.

Вигорання можна охарактеризувати як стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, що найчастіше проявляється у професіях соціальної спрямованості. Його розглядають як наслідок професійних труднощів, а не як окремих психіатричний розлад. Науковець Л. Халлсен описував вигорання як специфічну форму депресії, що виникає внаслідок процесу «горіння» — коли людина втрачає можливість зберігати активну та самовизначену роль через відсутність альтернативних варіантів поведінки чи дій [11, с. 47]. У свою чергу, Ф. Сторлі підкреслював, що емоційне вигорання є наслідком зіткнення з реальністю, яка перевищує можливості людини для змін, призводячи до виснаження внутрішніх ресурсів у боротьбі з незмінними або надто складними обставинами.

На сьогодні існує кілька концептуальних моделей, які пояснюють явище емоційного вигорання через результативний підхід. Згідно з однофакторною моделлю (Пайнс і Аронсон), вигорання – це стан фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, що виникає внаслідок тривалого перебування в умовах емоційного перевантаження. У цій моделі виснаження розглядається як основна причина, тоді як інші прояви, такі як дисгармонія в емоціях і поведінці, є його наслідками [13, с. 65].

Двофакторна модель, запропонована Д. Дирендонком, В. Шауфелі та Х. Сиксемою, описує вигорання як конструкцію, що складається з двох компонентів: виснаження та деперсоналізації. Перший, відомий як «афективний», пов'язаний із фізичним і емоційним станом людини та проявляється через скарги на здоров'я, нервову напругу, втому та емоційне виснаження. Другий компонент — деперсоналізація — виявляється у зміні ставлення до оточуючих, зокрема пацієнтів, або навіть до самого себе [17, с. 277].

Однією з найпоширеніших концепцій результативного підходу (С.Джексон) є трикомпонентна модель, яка пояснює емоційне вигорання як

реакцію на тривалий професійний стрес, пов'язаний із міжособистісними взаємодіями. Ця модель виділяє три основні складові: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження особистих досягнень [22, с. 188].

Емоційне виснаження проявляється у відчутті перевантаженості, емоційної спустошеності та виснаження внутрішніх ресурсів. Людина починає відчувати, що її здатність віддаватися роботі значно зменшилася, втрачається інтерес до вирішення професійних завдань, виникає почуття байдужості та «притуплення» емоційних реакцій. Це призводить до того, що робота більше не приносить задоволення, а завдання, які раніше здавалися важливими, сприймаються як обтяжливі [23, с. 93].

Деперсоналізація проявляється у формуванні негативного, цинічного ставлення до інших людей. Взаємодія з оточуючими набуває відчуженого і суто формального характеру. Спершу негативні емоції можуть залишатися прихованими, не проявляючись назовні. Однак з часом зростає напруження, що спричиняє часті спалахи роздратування, які нерідко стають причиною конфліктів.

Т. Чаплак встановив, що високі показники за шкалою деперсоналізації безпосередньо пов'язані з домінуванням установок на владу та егоцентризм. Інакше кажучи, людина прагне підпорядкувати інших своїм інтересам, втрачає інтерес до їхніх потреб і починає сприймати оточуючих виключно як інструмент для досягнення власних цілей, зокрема матеріальних [28].

О. Старовойт відзначав, що люди з позитивним світоглядом і високим рівнем самоповаги менш схильні до емоційного вигорання, а також переживають його з меншою інтенсивністю [27, с. 51]. У свою чергу, М. Маляр-Газда у своїх дослідженнях виявила, що фахівцям, які не відчують або слабо виражають ознаки емоційного вигорання, властиве гармонійне співвідношення життєвих орієнтацій. У них переважають такі термінальні цінності, як «духовне задоволення», «творчість» та «активне соціальне життя». Натомість у тих, хто стикається з частково або повністю сформованим синдромом вигорання, спостерігається дисбаланс у системі життєвих орієнтацій. У їхній ціннісній

ієрархії домінують прагнення до «збереження власної індивідуальності», «саморозвитку» та «високого матеріального становища» [21, с. 27].

Редукція особистих досягнень характеризується зниженням впевненості у власній професійній компетентності, незадоволеністю собою та відчуттям, що виконувана діяльність втрачає свою цінність. Людина починає негативно оцінювати себе як фахівця та особистість, що поступово призводить до зменшення як професійної, так і особистої самооцінки. У результаті виникає почуття неспроможності, байдужість до роботи та втрачений інтерес до досягнення нових результатів.

В. Винокур зазначає, що люди з низькою самооцінкою справляються зі стресом гірше, ніж ті, хто має високу самооцінку. Якщо ж лікарі мають високу оцінку своєї професійної діяльності, вони менш схильні трактувати багато подій у своїй роботі як стресові, що, в свою чергу, знижує ймовірність розвитку емоційного вигорання [8, с. 233]. Т. Вакуліч вважає, що вигорання виходить за межі професійної сфери та стресових ситуацій. Втрата сенсу професійної діяльності, знецінення своїх зусиль і відчуття безнадійності в житті переживаються як внутрішній конфлікт особистості [5].

У вітчизняній науці процесуальна концепція вигорання представлена в роботі В. Бойка, який розглядає цей процес через призму основних стадій стресу згідно з теорією Г. Сельє. З цієї точки зору, емоційне вигорання виступає як адаптивний механізм психологічного захисту, що проявляється у повному чи частковому блокуванні емоцій (зниження їх енергетичної сили) у відповідь на стресові ситуації. Вигорання можна трактувати як дисфункціональний стереотип емоційної поведінки, здебільшого в професійному контексті, який формується під впливом поєднання зовнішніх і внутрішніх факторів [4, с. 110].

Існує кілька теорій, що описують етапи розвитку синдрому емоційного вигорання. Однією з найпоширеніших є п'ятиступенева модель Дж. Грінберга:

1. I стадія («медовий місяць») – на цьому етапі працівник відчуває задоволення від своєї роботи та завдань, підходить до них з ентузіазмом.
2. II стадія («нестача енергії») – з'являється втома, апатія, порушення сну.

Без додаткового стимулювання та мотивації інтерес до роботи згасає, а продуктивність знижується.

3. III стадія (хронічні симптоми) – постійна робота без належного відпочинку, особливо у трудового лікаря, призводить до фізичного і психологічного виснаження, розвитку хронічної втоми, злості, пригніченості, почуття безвиході.

4. IV стадія (криза) – виникають хронічні захворювання, що призводять до часткової або повної втрати працездатності.

5. V стадія («пробивання стіни») – фізичні та психологічні проблеми загострюються, що може призвести до розвитку небезпечних захворювань, здатних загрожувати життю. Цей стан часто ставить під загрозу кар'єру людини [12, с. 48].

Т. Коса описує синдром емоційного вигорання як поступову втрату емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що виявляється через симптоми емоційного та розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відстороненості та зниження задоволення від виконуваної діяльності [18, с. 39].

Отже, емоційне вигорання – це стан фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, який виникає через тривале перебування в умовах стресу та емоційного перевантаження, особливо у професіях, що передбачають міжособистісні взаємодії. Воно проявляється у вигляді зниження продуктивності, втрати емоційної енергії, байдужості до роботи та деперсоналізації, що веде до негативних змін у сприйнятті професійних досягнень. Різні моделі вигорання, зокрема однофакторна, двофакторна та трикомпонентна, пояснюють цей процес через взаємодію емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистих досягнень. Це явище має серйозні наслідки для психічного і фізичного здоров'я, включаючи хронічні захворювання, зниження працездатності та навіть розвиток залежностей чи суїцидальних думок.

1.2. Медико-психологічні характеристики протікання процесу емоційного вигорання особистості

Проблема емоційного вигорання охоплює не тільки психологічні, але й психосоматичні (психофізіологічні) аспекти. О. Старовойт визначає п'ять основних груп симптомів, характерних для цього синдрому:

1. Фізичні симптоми: відчуття виснаження, фізичної втоми; зміна ваги, проблеми зі сном; погіршення загального стану здоров'я, неритмічне дихання, нудота, запаморочення тощо; підвищення артеріального тиску; виразки, запальні захворювання шкіри, проблеми з серцево-судинною системою.

2. Емоційні симптоми: емоційна порожнеча; песимізм, цинізм, черствість у професійній діяльності та особистому житті; байдужість до навколишнього світу; відчуття безнадійності і безпорадності; агресивність, дратівливість; тривожність, посилене ірраціональне занепокоєння, труднощі з концентрацією; депресія, почуття провини; істерія; втрата професійних і життєвих ідеалів; посилення деперсоналізації, відчуття самотності.

3. Поведінкові симптоми: втома під час навчання; байдужість до харчування; низький рівень фізичної активності; виправдання вживання алкоголю, тютюну, ліків; нещасні випадки (падіння, травми, аварії); – імпульсивна емоційна поведінка.

4. Інтелектуальні симптоми: зниження інтересу до нових ідей і теорій, альтернативних підходів до вирішення проблем; нудьга, апатія, втрата інтересу до життя; схильність до шаблонних рішень, а не творчого підходу; байдужість до інновацій; відмова від участі в розвиваючих експериментах; формальне виконання роботи.

5. Соціальні симптоми: зниження соціальної активності; втрата інтересу до хобі та дозвілля; обмеження соціальних контактів; відчуття ізоляції, нерозуміння з боку оточуючих; відсутність підтримки з боку родини, друзів, колег [27, с. 56].

Синдром емоційного вигорання складається з трьох стадій: напруження,

резистенції та виснаження, кожна з яких включає чотири характерні симптоми.

На стадії «напруження» виникає нервово, тривожне напруження, що є своєрідним сигналом і першопричиною розвитку емоційного вигорання.

1. Переживання психотравмуючих обставин – посилене усвідомлення важких умов праці, які неможливо або дуже важко змінити. Цей симптом проявляється у зростанні відчуття безсилля перед проблемами, що не піддаються вирішенню.

2. Незадоволення собою – після численних невдач або відчуття неможливості змінити ситуацію, людина починає відчувати глибоке незадоволення собою, своєю професією чи посадою. Виникає механізм «емоційного перенесення», коли енергія спрямована не на зовнішні обставини, а на себе.

3. Відчуття пастки – коли тиск обставин стає нестерпним, а зміни неможливі, з'являється відчуття безвихідності. Поглиблене роздуми про незадоволені аспекти роботи посилюють психічну активність, активуючи думки, плани і пошук сенсу [31, с. 214].

4. Тривога та депресія – цей симптом виникає у відповідь на складні професійні обставини, що сприяють емоційному вигоранню як способу психологічного захисту. Незадоволеність роботою та собою веде до глибокого енергетичного напруження, яке проявляється через тривогу, розчарування в собі та в обраній професії.

Фаза «резистенції» характеризується опором до посилюваного стресу, що виникає після початкового етапу тривожного напруження. Людина, усвідомлено чи несвідомо, прагне до психологічного комфорту, намагаючись зменшити вплив зовнішніх стресових факторів, використовуючи доступні засоби.

1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування – цей симптом виявляється, коли фахівець перестає відрізняти нормальні емоційні реакції від неадекватного обмеження емоційного вираження. Спочатку емоції у взаємодії з іншими людьми є помірними та контрольованими: спокійний тон, ввічливість,

лаконічність у вираженні незгоди. Проте з часом людина починає «економити» емоції, реагуючи лише вибірково, часто не проявляючи належної емоційної віддачі у робочих стосунках [32, с. 13].

2. Емоційно-моральна дезорієнтація – фахівець може відчувати потребу в самовиправданні, коли його емоційна реакція до людини не відповідає етичним стандартам професії. Це свідчить про те, що емоції не підтримують необхідний моральний рівень взаємодії, що особливо важливо в професійній діяльності, де комунікація з людьми є основою.

3. Розширення економії емоцій – цей симптом проявляється не тільки в професійному житті, а й в особистих стосунках. Втомилий від постійних контактів і спілкування на роботі, професіонал може відчувати відразу до будь-яких соціальних взаємодій навіть з близькими людьми, обмежуючи емоційну активність за межами робочої діяльності.

4. Редукція професійних обов'язків – в роботі виникає тенденція до спрощення обов'язків, які потребують емоційних зусиль. Це спроба знизити емоційне навантаження за рахунок делегування або скорочення обсягу завдань, що викликають емоційну виснаженість.

Фаза «виснаження» відзначається значним зниженням загального енергетичного рівня та ослабленням нервової системи. Емоційний захист у вигляді «вигорання» стає невід'ємною частиною особистості, що вже не може ефективно реагувати на стресові впливи [25, с. 56].

1. Емоційний дефіцит – фахівець відчуває, що не здатний надати емоційну підтримку тим, з ким працює. Він не може увійти в їхнє становище, не здатен співпереживати чи емоційно відгукуватися на ситуації, що мали б активізувати інтелектуальні, вольові та моральні реакції.

2. Емоційна відчуженість – людина повністю позбавляє свою професійну діяльність емоційного забарвлення. Ні позитивні, ні негативні події не викликають у неї емоційних відгуків. Це відсутність чутливості до зовнішніх факторів є яскравим проявом «вигорання» і свідчить про професійну деформацію, що завдає шкоди не лише самому фахівцю, а й тим, з ким він

взаємодіє.

3. Особистісна відчуженість або деперсоналізація – характеризується зникненням інтересу до людей, з якими професіонал має справу. Інші особи більше не викликають емоційних відгуків чи бажання взаємодіяти з ними, їхні проблеми та потреби лише обтяжують фахівця, а їх присутність стає неприємною [24, с. 213].

4. Психосоматичні та психовегетативні порушення – ці симптоми проявляються через фізичне та психічне нездужання. Переходячи від емоційних реакцій до психосоматичних розладів, особистість свідчить про те, що звичайні механізми емоційного захисту більше не витримують навантаження, і емоційна енергія розподіляється між іншими системами організму. Це є захистом від руйнівного впливу емоційного вигорання.

Отже, емоційне вигорання включає фізичні, емоційні, поведінкові, інтелектуальні та соціальні симптоми, що виникають через тривалі стресові фактори. Це процес розвитку, що проходить три стадії: напруження, резистенції та виснаження, кожна з яких має свої характерні прояви. На стадії напруження зростає нервово напруження і почуття безсилля, на стадії резистенції людина намагається зменшити стрес, а на стадії виснаження спостерігається емоційна відчуженість і фізичні порушення. Це явище є серйозним для професійної діяльності і психічного здоров'я людини, тому вимагає своєчасної уваги та втручання.

1.3. Фактори виникнення емоційного вигорання у медичних працівників

Медична професія є однією з найбільш вразливих до синдрому емоційного вигорання, який спостерігається у майже 70% представників цієї галузі. За даними міжнародних досліджень, частота виникнення цього синдрому серед медичних працівників варіює від 20% до 75%. Наприклад, у Великій Британії цей показник становить 46%, у Гонконгу – 31,4%, у Франції –

42,4%, а в Бразилії – 50% серед лікарів [24, с. 212].

Основними факторами, які сприяють розвитку емоційного вигорання у медичних працівників, є робочі, соціально-демографічні та психологічні аспекти. Розглянемо їх детальніше.

Першу групу становлять робочі фактори. Сучасні медичні працівники витрачають значну частину свого робочого часу на заповнення документації, що суттєво обмежує можливість надавати пацієнтам належну увагу та сприяє вигоранню. На кожну годину, проведену з пацієнтом, лікарі витрачають ще дві години на бюрократичні та адміністративні обов'язки. Крім того, надмірна кількість робочих годин – від 51 до понад 60 на тиждень – є ще однією важливою причиною вигорання. Лікарі, що працюють в спеціальностях із меншою кількістю робочих годин, демонструють вищий рівень задоволення від роботи. Впровадження електронного обліку також збільшує ймовірність вигорання на 29%, але на даний момент немає достатньо доказів, щоб стверджувати про причинно-наслідковий зв'язок [20].

Неефективна організація робочих процесів, відсутність можливостей для професійного розвитку, відсутність підтримки з боку колег, зниження контролю за власною діяльністю та автономності, втрати сенсу в роботі, проблеми з менеджментом і обмеженість у співпраці з іншими фахівцями – усі ці фактори сприяють зростанню емоційного вигорання серед медиків.

Не менш серйозним чинником є сам процес взаємодії з пацієнтами – постійне спілкування з великою кількістю людей, часті контакти, обслуговуючий характер роботи лікаря, емоційне залучення до переживань пацієнтів, а також робота з хронічно або невиліковно хворими пацієнтами, численні критичні ситуації та конфлікти. Висока частка етичних дилем, необхідність суворого дотримання медичної деонтології та взаємодія з етичними комітетами також виступають факторами, що збільшують ризик емоційного вигорання [16, с. 80].

Другу групу становлять індивідуальні та соціально-демографічні фактори. До індивідуальних чинників, що можуть прискорити розвиток

емоційного вигорання серед медичних працівників, відносяться:

- Стать – жінки більш уразливі до емоційного вигорання.
- Вік – молодші фахівці мають вищий ризик вигорання.
- Вік дітей – наявність дітей до 21 року підвищує ймовірність вигорання

на 53%.

- Професія партнера – якщо партнер(ка) не працює в медичній сфері, ризик вигорання зростає на 23%.

- Витрати на освіту та сімейний стан також мають вплив [7, с. 42].

Особливо для жінок-лікарів існує ряд специфічних гендерних чинників, що сприяють розвитку вигорання:

- Час на себе – жінки витрачають додаткові 8,5 годин на тиждень на догляд за дітьми та домашні обов'язки, що обмежує час для власного благополуччя.

- Гендерна дискримінація – обмежений кар'єрний ріст, нерівність у зарплатах, нагородах та фінансових компенсаціях порівняно з чоловіками.

- Сексуальні домагання – лікарки частіше стають жертвами сексуальних домагань на роботі.

Серед інших факторів ризику – соціальні чинники, такі як відчуття несправедливості, соціальна незахищеність, політична та економічна нестабільність, а також нерівність у соціальних відносинах. Крім того, лікарі часто мають обмежене коло спілкування, що обмежує їх можливості для обговорення емоційних переживань. Це в поєднанні з недостатньою психологічною підтримкою може призвести до того, що лікар не має з ким поділитися своїми переживаннями та знизити рівень стресу, спричиненого роботою [2, с. 12].

Третю групу становлять психологічні фактори. До психологічних індивідуальних чинників, що збільшують ризик емоційного вигорання, відносяться: інтроверсія, низька соціальна активність, труднощі в соціальній адаптації, зосередженість на власних інтересах і хобі, схильність до зайвої дратівливості та агресії, авторитарні тенденції, низька самооцінка та відчуття

недостатньої самоповаги, а також крайнощі в емпатії – від її повної відсутності до надмірно сильно вираженої. Крім того, є дослідження, що вказують на взаємозв'язок між емоційним вигоранням та певними акцентуаціями характеру: педантичні риси пов'язані зі схильністю знецінювати власні професійні досягнення, а збудливі типи характеру – з підвищеною емоційною втомою та схильністю до деперсоналізації. Важливими факторами, які гальмують професійний розвиток і сприяють вигоранню, є такі особистісні характеристики: слабка «Я-концепція», трудоголізм, сильне прагнення до влади, низька професійна мотивація, емоційна нестабільність, підозрілість, імпульсивність, схильність до самозвинувачення, легка фрустрація, нещирість, ригідність когнітивних установок та тривожний тип особистості. Ці фактори можуть перешкоджати лікарю в досягненні професійного зростання та значно підвищувати ризик емоційного вигорання через надмірне виснаження від роботи [1, с. 368].

Зазначимо, що до лікарських професій, що найбільше сприяють емоційному вигоранню, відноситься:

1. діяльність у приймальних, реанімаційних, хірургічних відділеннях та відділеннях невідкладної допомоги, де виникають значні навантаження, часті ускладнення та потенційно летальні випадки;

2. взаємодія з тяжкохворими пацієнтами, що вимагає не лише високої кваліфікації, а й глибокої емоційної залученості та особистісного залучення.

Хірургія, реанімація, терапія та педіатрія відносяться до медичних спеціальностей. В контексті емоційного вигорання:

1. Хірургія та реанімація – це спеціальності з високим рівнем стресу, які передбачають швидке прийняття рішень, роботу в екстремальних умовах та часті зіткнення з критичними станами пацієнтів. Вони найчастіше потрапляють у групу ризику емоційного вигорання.

2. Терапія – зосереджується на діагностиці та лікуванні хронічних або тривалих захворювань. Терапевти можуть стикатися з вигоранням через великий обсяг роботи, необхідність постійного спілкування з пацієнтами та

емоційну залученість.

3. Педіатрія – хоч і асоціюється з допомогою дітям, також може бути стресовою через високі очікування батьків, емоційну напругу під час лікування тяжкохворих дітей або тривале спостереження за хронічними захворюваннями.

Таким чином, ці спеціальності належать до медичних напрямів, які вимагають високої емоційної витривалості та стійкості.

Робота медичного персоналу в реанімаційних відділеннях є одним із найбільших чинників, що сприяють емоційному вигоранню. Це зумовлено такими причинами:

- Критичний стан пацієнтів. У відділеннях реанімації лікуються найважчі хворі, які нерідко перебувають на межі життя і смерті. Постійна взаємодія з такими пацієнтами викликає сильну емоційну напругу.

- Психологічний тиск через відповідальність. Лікар-реаніматолог супроводжує пацієнта до стабілізації стану або до летального результату, що залишає глибокий емоційний відбиток та може спричиняти почуття провини.

- Інтелектуальне та емоційне перенавантаження. Постійний аналіз стану пацієнтів і прогнозування розвитку їхніх захворювань виснажує лікаря, а напружені зміни часто завершуються повним виснаженням.

- Рішення в умовах дефіциту часу. Необхідність швидко ухвалювати критично важливі рішення створює хронічний стрес, який за своєю інтенсивністю можна порівняти з роботою авіадиспетчерів.

- Співчуття і конфлікти. Співробітники реанімації постійно стикаються з горем родичів, змушені приймати їхні емоційні претензії чи звинувачення, що посилює емоційне навантаження.

Сукупність цих факторів робить працю в реанімаційних відділеннях одним із найбільш виснажливих видів діяльності, що значно

В. Ровенська, Є. Саржевська представили цікаві результати дослідження, яке охопило реаніматологів, поділених на три групи залежно від тривалості професійного стажу: перша – до 5 років, друга – від 5 до 10 років, третя – понад 10 років. Синдром емоційного вигорання було виявлено у 80,6% респондентів,

причому жінки були більш схильними до його розвитку (90%) у порівнянні з чоловіками (78,2%). Чіткий взаємозв'язок між стажем роботи та частотою проявів синдрому вигорання виглядає наступним чином: серед лікарів зі стажем до 5 років симптоми спостерігалися у 12%; у групі зі стажем від 5 до 10 років – у 63,6%; серед тих, хто працює понад 10 років, – у 77,5% [26, с. 125].

Ці дані свідчать про те, що більше половини лікарів із досвідом до 10 років і переважна більшість зі стажем понад 10 років перебувають у стані дезадаптації та потребують психологічної підтримки. Це неминуче впливає як на їхню професійну діяльність, так і на ставлення до пацієнтів і якості міжособистісних взаємин.

В. Шелков провів порівняльне дослідження професійної деформації серед лікарів і медичних сестер реанімаційних відділень. Результати показали, що рівень емоційного вигорання серед лікарів значно вищий, ніж у медсестер, що, ймовірно, пов'язано з великою відповідальністю за життя пацієнта. Лікарі виявляють вищі показники самовпевненості та схильності до ризику, що може бути результатом необхідності приймати складні рішення. Водночас, професійне дистанціювання виражається через тенденцію до відлюдництва.

Емоційна чутливість лікарів також вища, ніж у медсестер, а їхня агресивність розглядається як механізм розрядки у відповідь на стреси професії. У медсестер спостерігаються вищі рівні драматизму, чутливості, відданості своїй справі, сумлінності та альтруїзму. Ці риси, хоча й важливі для професійної діяльності, сприяють розвитку синдрому емоційного вигорання серед медсестер, оскільки вони також мають низький рівень авантюризму. Ці характеристики є важливими для професійного розвитку, але водночас вони можуть стати чинником перевантаження і виснаження [29, с. 59].

Також В. Шелков виявив прямий взаємозв'язок між ступенем вираженості емоційного вигорання та професійним стажем, що свідчить про негативний вплив цієї професії на психоемоційний стан працівника. Крім того, було встановлено, що жінки схильні до більш яскравих проявів симптомів вигорання порівняно з чоловіками. Ризик розвитку емоційного вигорання у

реаніматологів значно зростає в таких умовах: високий рівень особистісної залученості до роботи при відсутності належної оцінки та визнання; наявність конфліктів і напруженості в колективі, відсутність підтримки з боку колег та часта критика; брак можливостей для самовираження та розвитку; незадоволення професією через неправильний вибір або невідповідність особистих якостей вимогам роботи [29, с. 59]. Якщо лікар починає відчувати, що його зусилля не змінюють ситуацію, це значно підвищує ймовірність розвитку емоційного вигорання.

Синдром вигорання серед лікарів хірургічного профілю розвивається на тлі хірургічного стресу та призводить до виснаження емоційних і енергетичних ресурсів. Це проявляється у втраті інтересу до професії, замкненості, роздратованості, незадоволеності та погіршенні фізичного здоров'я. Ключовими факторами, що сприяють розвитку цього синдрому, є високі навантаження, такі як нічні чергування, робота у вихідні та збільшена кількість пацієнтів на одного лікаря, а також недостатнє матеріальне та моральне визнання за виконану роботу.

Емоційне навантаження у лікарів посилюється через нестачу необхідного медичного обладнання, ліків і перев'язочних матеріалів, що порушує робочий процес. Водночас лікар змушений приховувати свої емоції, дотримуючись етичних норм професії, що створює додатковий стрес. Переживання щодо результатів операцій, зокрема у випадках порушення техніки або розвитку ускладнень, також впливають на психологічний стан медиків.

Організаційні проблеми, відсутність можливості вільно виражати емоції та переживання за результат своєї діяльності призводять до роздратованості і тривоги серед хірургів, що в 22% випадків може перерости в агресію. Відчуття безнадійності характерне для 23-45% лікарів, а депресія та почуття вини зустрічаються в кожного третього нейрохірурга, хірурга та гінеколога [19, с. 110].

Серед хірургів більшість складають чоловіки, хоча в оториноларингології та гінекології жінки становлять до 85% персоналу. Жінки мають можливість

знімати емоційне напруження через плач, тоді як чоловіки зазвичай приховують свої почуття, що сприяє накопиченню стресу, що негативно впливає на їх фізичне та психічне здоров'я. Для покращення свого стану майже кожна п'ята жінка звертається до медикаментів, а чоловіки частіше вдаються до психоактивних речовин, таких як алкоголь і куріння [19, с. 110].

Також зазначимо, що емоційне вигорання хірургів є складним і багатогранним явищем, яке залежить від стажу роботи та має свої особливості на різних етапах професійної діяльності. Найвища виразність симптомів емоційного виснаження спостерігається у хірургів із досвідом роботи від 11 до 15 років, після чого рівень вигорання поступово знижується.

Лікарі зі стажем до 5 років часто стикаються з труднощами у взаємодії з адміністрацією, що може бути спричинено недостатнім досвідом, стресом від високої відповідальності та бажанням відповідати очікуванням. На цьому етапі вони віддають перевагу добовим чергуванням, які забезпечують інтенсивний досвід і можливість швидко вдосконалювати свої професійні навички [30, с. 98].

У період від 6 до 15 років роботи хірурги частіше конфліктують із колегами суміжних спеціальностей. Цей етап супроводжується високим рівнем професійного навантаження та необхідністю координувати свої дії з іншими фахівцями, що може спричинити напруження у спілкуванні. Хронічний стрес і зростання відповідальності сприяють вигоранню.

Після 15 років роботи основні труднощі виникають у взаємодії з пацієнтами. Це може бути пов'язано із втомою від тривалої професійної діяльності, зниженням емпатії та накопиченням негативного досвіду. На цьому етапі хірурги, як правило, виявляють здатність ефективніше керувати своїм емоційним станом, що сприяє зниженню рівня вигорання. Однак підтримка психологічного здоров'я залишається важливим аспектом для збереження професійної ефективності [9, с. 95].

Лікарі-терапевти поліклінічних закладів часто стикаються з високим рівнем професійного вигорання. Головними чинниками, які сприяють його

розвитку, є низька самооцінка власного здоров'я та адаптаційних можливостей, емоційне виснаження, а також прагнення до професійної досконалості.

Соціально-демографічні фактори: прояви професійного вигорання серед лікарів пов'язані з певними соціально-демографічними характеристиками. Зокрема, це вік (до 35 років), відсутність дітей, професійний стаж (у середньому близько 10 років), кількість пацієнтів, яких лікар приймає щодня (менше 10 або понад 41 людина), а також відсутність паралельної роботи у стаціонарному лікувальному закладі [10, с. 52].

Особистісні фактори: до індивідуальних особливостей, що сприяють вигоранню, належать: низький рівень емпатії, моральна пластичність, схильність до емоційно-орієнтованих способів подолання стресу та потреба у соціальній підтримці.

Організаційні аспекти: серед організаційних чинників, які погіршують емоційний стан лікарів, виділяють незадоволеність змістом роботи, розчарування в професії, низький рівень заробітної плати, обмежені можливості для професійного зростання, а також надмірну фізичну й емоційну напругу через складні умови праці.

Вказані фактори формують комплексний вплив, що сприяє емоційному виснаженню й зниженню задоволеності професійною діяльністю.

Також у контексті стажу роботи та виду діяльності емоційне вигорання лікарів-терапевтів можна розглянути з кількох додаткових напрямків:

Зміст першого напрямку полягає у впливі стажу роботи. Так, під час ранніх років кар'єри (до 5 років стажу): молоді лікарі часто стикаються з високим рівнем тривоги через недостатній досвід, невпевненість у своїх професійних навичках і страх зробити помилку. Вони можуть перебувати під тиском очікувань з боку пацієнтів, колег і керівництва, що сприяє швидкому емоційному виснаженню. Особливо гостро вигорання проявляється, якщо лікар не отримує належної підтримки від наставників [10, с. 52].

Лікарі-терапевти із середнім стажем роботи (5–15 років) часто перебувають у стані хронічного стресу через велику кількість пацієнтів,

нестачу часу на власне відновлення та руйнівний вплив бюрократії. На цьому етапі особливо помітна розчарованість у професії через відсутність очікуваних кар'єрних досягнень чи можливостей розвитку.

На цьому етапі (понад 15 років) вигорання частіше пов'язане з відчуттям монотонності роботи, відсутністю нових викликів та «емоційного інтересу» до пацієнтів. Зростає ризик професійного цинізму, що може впливати на якість лікування та стосунки з пацієнтами [10, с. 52].

Щодо вплив виду діяльності зазначимо, що лікарі-терапевти, які щодня приймають понад 30–40 пацієнтів, стикаються з перевантаженням, що спричиняє виснаження й знижує здатність емпатійно реагувати на потреби пацієнтів. Рутинний характер консультацій без різноманітності в роботі лише посилює цей ефект.

Лікарі-терапевти, які мають змогу чергувати амбулаторні консультації з роботою у стаціонарі або займатися науковою діяльністю, менш схильні до вигорання. Також можливість участі у профілактичних програмах або освітніх проєктах створює відчуття значущості роботи, що знижує ризик емоційного виснаження. Зазначимо, що лікарі-терапевти, які працюють у колективах із високим рівнем підтримки, мають нижчий ризик вигорання. Взаємодія з колегами допомагає знижувати стрес через спільне вирішення професійних проблем.

Професія педіатра вважається однією з найбільш стресових, оскільки вона передбачає підвищену відповідальність за життя та здоров'я дітей, а також значне емоційне навантаження через постійну взаємодію з маленькими пацієнтами та їхніми батьками. Тривала психоемоційна напруга, вікові зміни, несприятлива соціально-психологічна атмосфера та складний контингент пацієнтів є ключовими факторами, що підвищують ризик розвитку синдрому емоційного вигорання [15, с. 19].

Найвищі показники емоційного вигорання спостерігаються у спеціалізованих галузях педіатрії, таких як гематологія, онкологія, неонатальна та інтенсивна педіатрична терапія, а також дитяча хірургія.

Віковий фактор також відіграє важливу роль у здатності педіатрів протистояти професійному стресу. У лікарів старших за 50 років відзначається значно нижчий рівень стресостійкості порівняно з молодшими колегами, що свідчить про зниження адаптаційних механізмів і психологічних захистів із віком.

Особливістю формування синдрому емоційного вигорання у педіатрів є домінування фази напруження. На відміну від лікарів інших спеціальностей, у педіатрів рідше діагностується сформована фаза виснаження або виражений синдром емоційного вигорання, що охоплює всі три його стадії.

Також зазначимо, що сучасні дослідження вказують на те, що процес розвитку синдрому емоційного вигорання у педіатрів має певні особливості порівняно з лікарями інших спеціальностей. У педіатрів частіше домінує фаза напруження, тоді як сформована фаза виснаження зустрічається рідше, а випадки повного прояву синдрому емоційного вигорання, що охоплює всі три фази, є відносно поодинокими. Найвищі показники вигорання спостерігаються серед педіатрів, які працюють у таких спеціалізованих напрямках, як гематологія, онкологія, неонатологія, педіатрична інтенсивна терапія та хірургія [15, с. 19].

Важливу роль у розвитку СЕВ відіграє також гендерний фактор. Хоча загальний рівень емоційного вигорання у педіатрів-чоловіків і педіатрів-жінок є приблизно однаковим, жінки-педіатри частіше демонструють підвищення рівня емоційного виснаження. У той час чоловіки-педіатри мають більшу схильність до розвитку деперсоналізації. Це свідчить про різницю в реакціях на стрес залежно від статі, що потребує врахування при розробці профілактичних та реабілітаційних програм.

Сучасні події, зокрема глобальні кризи, економічні труднощі, політична нестабільність і пандемії, мають значний вплив на рівень емоційного вигорання медичних працівників. Пандемія COVID-19, яка розпочалася в 2020 році, суттєво посилила проблему емоційного вигорання серед медичних працівників по всьому світу. Лікарі опинилися на передовій боротьби з вірусом, що

призвело до значного зростання стресу та виснаження [14, с. 319].

У країнах, де тривають військові конфлікти, таких як Україна, медичні працівники зіткнулися з додатковими викликами, що ускладнили їхню роботу. Війна в Україні призвела до значного навантаження на медичну систему та погіршення психічного стану медиків.

Емоційне вигорання у медичних працівників під час війни є складним і багатогранним процесом, що включає хронічне фізичне та емоційне виснаження, деперсоналізацію, цинізм та зниження відчуття професійної ефективності. Це явище зумовлене тривалим впливом екстремальних стресових факторів, таких як робота в умовах небезпеки, великий емоційний тиск, обмежені ресурси та морально-етичні виклики, що виникають під час бойових дій.

Під час війни медики стикаються з численними труднощами, які істотно впливають на їхнє фізичне та психічне здоров'я. Ризик фізичної небезпеки, пов'язаний з обстрілами та бомбардуваннями, ставить під загрозу життя медичних працівників. Вони працюють у зонах бойових дій, де існує реальна небезпека для їхнього здоров'я та життя [20].

Психологічний тиск на лікарів ще більше посилюється через необхідність лікувати важко поранених, включаючи дітей, що вимагає від медиків значної емоційної стійкості і може призвести до емоційного виснаження. Постійний контакт із болем, смертю та людськими стражданнями збільшує ймовірність розвитку психологічних розладів, оскільки медики стають свідками жахливих трагедій.

Обмежені ресурси також є важливим чинником. Недостатність ліків, медичного обладнання та засобів захисту ускладнює надання ефективної медичної допомоги. Мобілізація та евакуація населення можуть призвести до браку кваліфікованих медичних працівників, збільшуючи навантаження на тих, хто залишився працювати [14, с. 32].

Моральні та етичні дилеми, що виникають у таких умовах, також значно ускладнюють роботу лікарів. В умовах масових поранень медики змушені

приймати важливі рішення щодо пріоритетності допомоги, що часто суперечить етичним стандартам та професійним принципам.

Травматичний досвід, пов'язаний із жорстокістю війни, може викликати глибокі психологічні травми. Медичні працівники не лише є свідками цих подій, але й часто самі стають учасниками травматичних ситуацій.

Психічне здоров'я медиків у зонах конфлікту є критично важливим. Постійний стрес, тривога та непередбачуваність ситуації можуть призвести до розвитку тривожних розладів, а високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є наслідком пережитих травм. Синдром співпереживання травми (secondary traumatic stress), що виникає через постійний контакт із травмованими пацієнтами, може призвести до симптомів, схожих на ті, що спостерігаються у самих постраждалих.

Ці фактори значно підвищують ризик розвитку професійного вигорання серед медичних працівників у зонах конфлікту.

Отже, медичні працівники є однією з найбільш вразливих груп до емоційного вигорання, яке часто виникає через робочі, соціально-демографічні та психологічні фактори. Переважна частина вигорання обумовлена надмірною кількістю робочих годин, бюрократією, недостатньою підтримкою колег та важкими емоційними ситуаціями під час взаємодії з пацієнтами. Індивідуальні характеристики, такі як вік, стать та сімейний стан, також можуть підвищити ризик розвитку цього синдрому. Особливо в умовах війни чи глобальних криз медичні працівники стикаються з додатковими стресовими чинниками, що значно посилюють проблему емоційного вигорання.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Методика та процедура дослідження

Нами було проведено дослідження особливостей емоційного вигорання людей, які працюють у медичній сфері.

В дослідженні були використані наступні методики:

1. Методика діагностики рівня «емоційного вигорання» В. Бойка.
2. Методика діагностики професійного вигорання (К. Масlach, С. Джексон).

Охарактеризуємо обрані методики.

Методика 1. Методика діагностики рівня «емоційного вигорання» В. Бойка

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 (див. Додаток А).

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 різнi – 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.

Методика 2. Діагностика професійного вигорання (К. Масlach, С. Джексон)

Ціль застосування методики – вивчення ступеня професійного «вигорання» у медичних працівників. Опитувальник має три шкали: «емоційне виснаження» (9 тверджень) – високий рівень прояву емоційного вигорання, «деперсоналізація» (5 тверджень) – середній рівень емоційного вигорання і «редукція особистих досягнень» (8 тверджень) – низький рівень емоційного вигорання (див. Додаток Б).

Чим більша сума балів з кожної шкали окремо, тим більше в опитуваного виражені різні сторони «вигорання». Про важкість «вигорання» свідчить сума балів усіх шкал

Для вивчення особливостей емоційного вигорання медичних працівників було організовано та проведено емпіричне дослідження, у ході якого виконано наступні види діяльності (відповідно до поставлених завдань):

- на підготовчому етапі проаналізовано теоретичні положення дослідження, уточнено особливості емоційного вигорання; розкрито стан дослідження проблеми професійного вигорання в науковій літературі; медико-психологічні характеристики протікання процесу професійного вигорання особистості; специфіка впливу професійної діяльності на виникнення та розвиток професійного вигорання у медичних працівників;

- на етапі організації емпіричного дослідження визначено базу його проведення, вибірку опитуваних осіб, обрано методики діагностичного обстеження;

- на дослідницькому етапі – проведено опитування осіб, які працюють в медичній сфері;

- на аналітичному етапі – проаналізовано всі отримані результати, встановлено характерні особливості емоційного вигорання медичних працівників різного віку;

- на методичному етапі – розроблено практичні рекомендації з профілактики емоційного вигорання медичних працівників.

Вибірку дослідження склали медичні працівники, які працюють в КНП «ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ». Загальна кількість опитаних становила 100 чоловік. Вік респондентів від 20 до 45 років. Загальна кількість опитаних була поділена на дві групи. До першої групи увійшли медичні працівники, які мають невеликий стаж роботи, а саме до 5 років. До другої групи входили особи, які працюють в медичній сфері від 10 до 20 років. Під час опрацювання результатів дослідження застосовано методи якісного, кількісного та статистичного аналізу.

2.2. Отримані результати та їх аналіз

Відобразимо отримані результати дослідження. Відповідно до даних опитування за методикою діагностики рівня «емоційного вигорання» В. Бойка були отримані наступні результати (див. табл. 2.1.).

Таблиця 2.1

Кількісні показники рівнів сформованості синдрому емоційного вигорання

Фази сформованості синдрому	Перша група		Друга група	
	Кількість опитаних	%	Кількість опитаних	%
Синдром не сформований	11	22%	18	36%
Синдром на стадії формування	14	28%	22	44%
Синдром сформований	25	50%	10	20%

За даними таблиці бачимо, що синдром не сформований у 11 (22%) медичних працівників першої групи, ознаки синдрому емоційного вигорання, який знаходиться на стадії формування, притаманні 14 (28%). Синдром сформовано у 25 (50%) першої групи. Тобто у переважної більшості респондентів першої групи сформований синдром емоційного вигорання. Отже, синдром професійного вигорання сформований у більшості медичних працівників, які мають невеликий стаж роботи та має найвищий показник.

За даними таблиці 2.2 також бачимо, що синдром не сформований у 18 (36%) медичних працівників другої групи, ознаки синдрому емоційного вигорання, який знаходиться на стадії формування, притаманні 22 (44%). Синдром сформовано у 10 (20%) медичних працівників другої групи. Тобто у переважної більшості респондентів синдром емоційного вигорання знаходиться на стадії формування. Отже, синдром емоційного вигорання у більшості респондентів-медичних працівників другої групи має найнижчий показник.

Відобразимо отримані результати за допомогою рисунку (див. рис. 2.1).

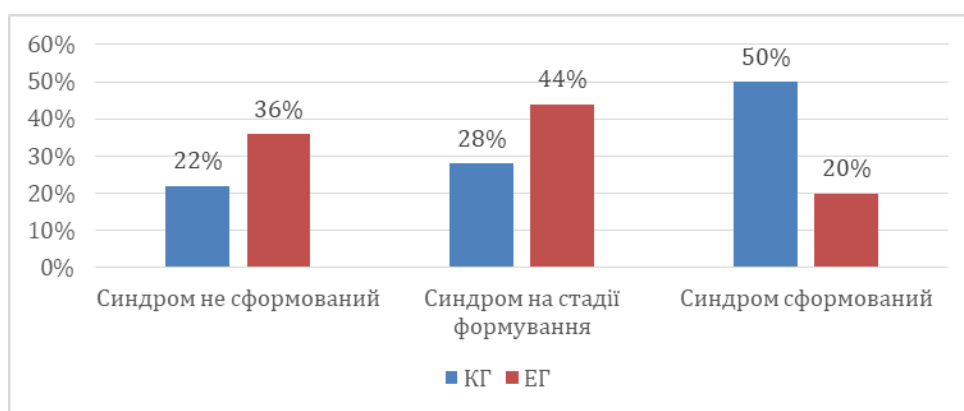


Рис. 2.1. Кількісні показники рівнів сформованості синдрому емоційного вигорання

Кількість медичних працівників другої групи, у яких не виявлено синдрому емоційного вигорання дослідження більша на 14% ніж у працівників першої групи. А кількість медичних працівників другої групи, у яких виявлено наявність синдрому емоційного вигорання менша на 30% ніж у працівників першої групи, що яскраво ілюструє вплив стажу роботи на виникнення синдрому професійного вигорання.

Відповідно до дослідження за методикою «Діагностика професійного «вигорання» (К. Маслач, С. Джексон) були отримані наступні результати щодо ступенів вигорання (див. табл. 2.2.).

Таблиця 2.2

Кількісні показники вираження ступенів вигорання

	Перша група		Друга група	
Ступені вигорання	Кількість опитаних	%	Кількість опитаних	%
Високий	28	56%	19	38%
Середній	15	30%	20	40%
Низький	7	14%	11	22%

За показниками таблиці 2.2. бачимо, що високий ступінь вигорання мають 28 (56%) опитаних медичних працівників першої групи. Середній ступінь вигорання мають 15 (30%) опитаних першої групи. Низький ступінь вигорання мають 7 (14%) опитаних медичних працівників першої групи.

Відобразимо отримані результати за допомогою рисунку (див. рис. 2.2).

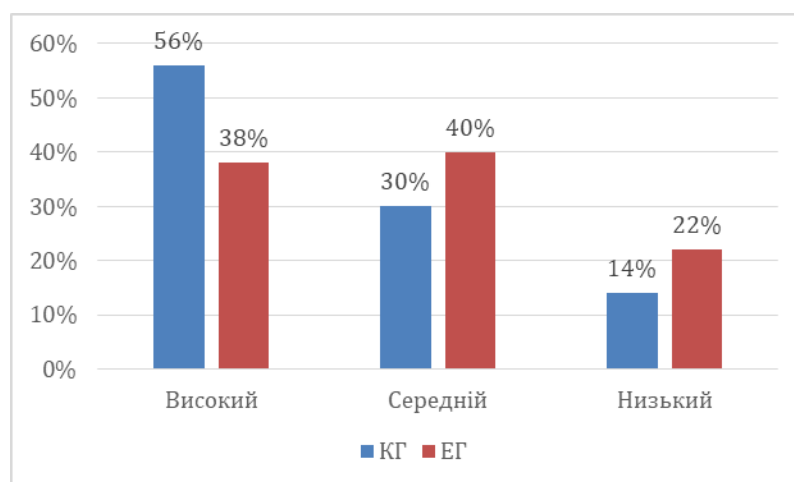


Рис. 2.2. Кількісні показники вираження ступенів вигорання

Також за показниками таблиці бачимо, що високий ступінь вигорання мають лише 19 (38%) опитаних медичних працівників другої групи. Середній ступінь вигорання мають 20 (40%) опитаних учасників другої групи. Низький ступінь вигорання мають 11 (22%) медичних працівників.

Кількість медичних працівників другої групи, які мають високий ступінь вигорання менша на 18% у порівнянні з випробуваними першої групи, а кількість медичних працівників другої групи з низьким ступенем вигорання

навпаки більша на 8%, що також ілюструє вплив стажу та досвіду роботи на виникнення синдрому професійного вигорання.

Отже, на нашу думку, емоційне вигорання серед молодих медичних працівників є більш вираженим, ніж у тих, хто має досвід роботи від 10 до 20 років, з кількох причин:

Відсутність досвіду та невизначеність, адже молоді працівники тільки починають свою кар'єру і часто стикаються з ситуаціями, до яких не готові. Часто вони мають менший досвід у вирішенні складних ситуацій, що може викликати стрес і відчуття безпорадності.

Наділені високими очікуваннями та ідеалізмом, бо молоді спеціалісти часто приходять у медицину з високими ідеалами і бажанням зробити великий внесок у здоров'я людей. Однак реалії медичної практики можуть виявитися жорсткими і суперечливими, що призводить до розчарувань і стресу.

Молоді медичні працівники можуть стикатися з проблемами, такими як нерегулярний графік роботи, непостійний дохід, тимчасові контракти та інші труднощі, що підвищують рівень стресу і відчуття вигорання.

Молоді спеціалісти, які працюють в медичній сфері можуть не мати доступу до того ж рівня підтримки або можливостей для самоорганізації, як більш досвідчені колеги. Вони можуть не знати, як правильно працювати з емоційним стресом і не завжди мають підтримку від колег чи керівництва.

Відсутність балансування між роботою та особистим життям, адже більше досвідчені працівники можуть краще організовувати свій час, знаходити способи відпочинку та підтримувати баланс між роботою і особистим життям. Молоді медики можуть бути менш здатні до цього, що збільшує їхнє емоційне напруження.

Відсутність у молодих працівників навичок управління стресом. Досвідчені медичні працівники мають більше можливостей і навичок для управління психоемоційним навантаженням. Вони краще адаптуються до стресових ситуацій, оскільки мають досвід і розуміння, як уникати емоційного вигорання.

Отже, отримані результати показують необхідність розробки практичних рекомендацій з профілактики емоційного вигорання у медичних працівників.

2.3. Практичні рекомендації з профілактики емоційного вигорання медичних працівників

Емоційне вигорання є серйозною проблемою серед медичних працівників через високе навантаження, постійний стрес і відповідальність за життя пацієнтів. Воно проявляється фізичним та емоційним виснаженням, деперсоналізацією (байдужістю до пацієнтів) і зниженням професійної ефективності, а отже необхідними є практичні рекомендації щодо його профілактики.

1. В організації робочого процесу

- Оптимізувати робочий графік, забезпечуючи достатній час для відпочинку.

Обмежити понаднормову роботу та чергування без достатнього сну.

- Розподіляти обов'язки рівномірно, уникати перевантаження окремих працівників.
- Скоротити бюрократичні навантаження та адміністративні обов'язки.
- Впровадити систему ротації, щоб запобігти монотонності та виснаженню.

2. Налагодження психологічної підтримки

- Організовувати тренінги з управління стресом та розвитку емоційної стійкості.
- Запровадити регулярні зустрічі з психологами для обговорення стресових ситуацій.
- Створити групи підтримки серед колег для обміну досвідом та моральної підтримки.
- Налагодити відкриту комунікацію з керівництвом щодо проблем і потреб персоналу.

3. Використання методів саморегуляції

- Використовувати техніки глибокого дихання, медитації або йоги.
- Практикувати методики релаксації: музика, ароматерапія, масаж.
- Навчитися говорити «ні» при перевантаженні та визначати пріоритети.
- Підтримувати баланс між роботою та особистим життям [25, с. 56].

4. Фізичне та психічне здоров'я

- Дотримуватись режиму сну (не менше 7–8 годин на добу).
- Регулярно займатися фізичною активністю (прогулянки, йога, спорт).
- Стежити за харчуванням, вживати корисну їжу та уникати переїдання.
- Обмежити споживання кофеїну та стимуляторів.
- Контролювати рівень гідратації – пити достатньо води.

5. Соціальна активність та дозвілля

- Виділяти час на хобі та улюблені заняття.
- Підтримувати соціальні контакти, більше спілкуватися з близькими.
- Влаштовувати відпочинок від роботи (відпустки, короткі поїздки).
- Використовувати техніки «цифрового детоксу» – обмежувати використання гаджетів поза роботою.
- Регулярне застосування цих заходів допоможе запобігти емоційному вигоранню, зберегти мотивацію та ефективність у професійній діяльності.

Психокорекція та психотерапія працює на підкріплення захисних факторів, оскільки вона веде саме до переосмислення подій, що відбулися і посиленню механізмів адаптації. Метою психокорекції та психотерапевтичного лікування наслідків професійного стресу є допомога у звільненні від спогадів про минулі події та невдачі у житті або професійній діяльності і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про стрес, а також у тому, щоб медичний працівник міг активно і відповідально включитися в сьогодення [21, с. 27].

Для цього йому необхідно знову знайти контроль над емоційними реакціями і знайти стресовим подіям належне місце в загальній часовій перспективі свого життя та особистої історії. Ключовим моментом психотерапії наслідків професійного стресу, що ведуть до виникнення симптомів

професійного вигорання, є інтеграція медичного працівника далекого, неприйнятного, жахливого і незбагненого, що з ним трапилося, в його уявлення про себе («Я-Концепцію»). На сьогодні є наступні стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети:

- 1) підтримка адаптивних навичок «Я» (одним з найбільш важливих аспектів тут є створення позитивного ставлення до терапії);
- 2) формування позитивного ставлення до симптомів (сенси даної стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшу травматизацію самим фактом існування цих розладів);
- 3) зниження уникнення (бо прагнення уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає переробити її досвід); нарешті, зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити зміст, який клієнт надає перенесеної психічної травми, і таким чином створити у клієнта відчуття «контролю над травмою»).

Психотерапевтичні концепції й методи при виникненні стресових станів досить різноманітні:

1. методами раціональної психотерапії роз'яснюються причини та механізми стресових ситуацій;
- 2) методи психічної саморегуляції (ауто-тренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів) допомагають зняти симптоми напруги і тривоги;
- 3) методи когнітивної психотерапії допомагають переосмислити дезадаптивні думки і змінити негативні установки;
- 4) методи особистісно-орієнтованої терапії дозволяють змінити ставлення до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї;
- 5) методи позитивної терапії та гештальт-підходу дозволяють актуалізувати приховані можливості і резерви, притаманні кожній людині, у подоланні стресу.

Таким чином, профілактика емоційного вигорання медичних працівників потребує комплексного підходу. Важливо як організаційне сприяння (оптимізація графіка, психологічна підтримка), так і особисті методи саморегуляції (відпочинок, спорт, хобі). Регулярна профілактика допоможе зберегти не лише психологічне здоров'я медичних працівників, а й підвищити якість медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

1. Охарактеризовано стан дослідження проблеми емоційного вигорання в науковій літературі. Емоційне вигорання – це стан, що характеризується глибоким фізичним, емоційним і когнітивним виснаженням, спричиненим тривалим стресом та емоційною напругою, особливо в професіях, де важливі міжособистісні контакти. Його симптоми включають зниження ефективності, втрату емоційної мотивації, байдужість до завдань і деперсоналізацію, що призводить до змін у ставленні до власних професійних досягнень. Різні моделі вигорання, такі як одно факторна, дво факторна та трикомпонентна, описують цей процес як результат взаємодії емоційного виснаження, деперсоналізації та зменшення особистих досягнень. Це явище може мати серйозні наслідки для здоров'я, зокрема привести до хронічних захворювань, зниження працездатності, а також сприяти розвитку залежностей чи суїцидальних настроїв.

2. Розкрито медико-психологічні характеристики протікання процесу емоційного вигорання особистості. Емоційне вигорання охоплює широкий спектр симптомів: фізичних, емоційних, поведінкових, інтелектуальних і соціальних, що виникають внаслідок тривалого впливу стресових факторів. Цей процес складається з трьох основних етапів: напруження, опору та виснаження, кожен з яких має свої особливості. На першій стадії наростає нервова напруга та відчуття безсилля, на другій – людина намагається боротися з наслідками стресу, а на останній – проявляється емоційна ізоляція та фізичні розлади. Це явище негативно впливає на професійну діяльність і психічне здоров'я, тому важливо своєчасно вжити заходів для подолання його наслідків.

Проаналізовано фактори виникнення емоційного вигорання у медичних працівників. Емоційне вигорання є важливою проблемою для лікарів, які працюють у високонавантажених спеціальностях, таких як реанімація, хірургія, терапія та педіатрія. Це явище пов'язане з високим рівнем стресу, частими критичними ситуаціями, необхідністю швидко приймати важливі рішення, а

також емоційним навантаженням, яке створюють тяжкохворі пацієнти та їх родини. Лікарі, зокрема реаніматологи, стикаються з постійним аналізом і прогнозуванням стану пацієнтів, що вимагає значних інтелектуальних та емоційних зусиль, що призводить до виснаження. Проблеми, пов'язані з організацією роботи, низьким рівнем морального та матеріального визнання, а також відсутність психологічної підтримки з боку колег, значно посилюють ризик розвитку вигорання серед медичних працівників. Спеціалісти з меншим досвідом стикаються з більш високим рівнем тривоги та стресу, що ще більше погіршує їх емоційний стан. Крім того, жінки, як показують дослідження, більш схильні до проявів симптомів вигорання порівняно з чоловіками.

3. В результаті проведеного емпіричного дослідження виявлено, що працівники зі стажем роботи в медичній сфері до 5 років більш схильні до емоційного вигорання, ніж працівники, які працюють від 10 до 20 років, що пояснюється тим, що молоді працівники менш досвідчені, мають завищені очікування від роботи, мають менше ресурсів для підтримки, у них відсутнє балансування між роботою та особистим життям та навички управління стресом.

4. Розроблено практичні рекомендації з профілактики емоційного вигорання у медичних працівників та визначено психотерапевтичні концепції. Також визначені методи профілактики при виникненні стресових станів, які є досить різноманітними, зокрема методи раціональної психотерапії, під час застосування яких клієнту роз'яснюють причини та механізми стресових ситуацій; методи психічної саморегуляції (аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів), що допомагають зняти симптоми напруги і тривоги; методи когнітивної психотерапії, які допомагають переосмислити дезадаптивні думки і змінити негативні установки; методи особистісно-орієнтованої терапії, що дозволяють змінити ставлення потерпілого до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї; методи позитивної терапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабич В. Г. Проблема синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (28 лютого-1 березня 2019 року, м. Суми)*. Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2019. С. 367–369.
2. Батюх О. В. Синдром емоційного вигорання у медичних сестер. *Медсестринство*. 2011. № 1. С. 11–13.
3. Березовська Л. І. Професійне вигорання як форма професійної деформації працівників організації. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2014. Т. I. Вип. 41. С. 66–70.
4. Бойко В. Енергія емоцій в спілкуванні: погляд на себе та інших: монографія. Київ : Основа, 2009. 472 с.
5. Вакуліч Т. М., Напненко Н. П. Емоційне вигорання лікарів в професійній діяльності. URL : http://medpsychology.pp.ua/emotsiyne_vyhorannya_likariv
6. Варій М. Загальна психологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури. 2010. 968 с.
7. Вежновець Т.А., Парій В.Д. Синдром емоційного вигорання в медичних працівників хірургічних відділень із позиції кадрового менеджменту. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 1–2. С. 41–47.
8. Винокур В. Синдром професійного вигорання у медичних працівників: психологічні характеристики та методичні аспекти діагностики. *Психодіагностика та психокорекція: Керівництво для лікарів та психологів*. 2008. № 12. С. 233–235.
9. Геник С. М. Синдром вигорання у лікарів хірургічного профілю. *Галицький лікарський вісник*. 2014. Т. 21. № 1. С. 94–95.
10. Головенко Х. В., Сопель О. М. Поширеність синдрому емоційного

- вигорання у медичного персоналу і фактори, які спричиняють його розвиток. *Медсестринство*. 2017. № 4. С. 51–53.
11. Дзвоник Г. Дослідження особливостей емоційної сфери фахівців. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2012. Т. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. С. 46–54.
 12. Драга Т. М. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Медсестринство*. 2017. № 3. С. 48–51.
 13. Знакова Т. А. Професійне «вигорання» керівників. *Управління персоналом*. 2003. № 11. С. 64–75.
 14. Кок Г. М. Особливості емоційного вигорання у медичних працівників в умовах воєнного стану. *The XVI International Scientific and Practical Conference «Integration of scientific solutions and methods into practice»*, April 24 – 25. 2023. Paris, France. С. 319–322.
 15. Колоскова О. К. Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання в лікарів-педіатрів. *Клінічна педіатрія*. 2012. № 7. С. 19–22.
 16. Колоскова О. Синдром емоційного вигорання у лікарів-педіатрів, які працюють на різному рівні надання медичної допомоги дітям. *Буковинський медичний вісник*. 2013. Т. 17. № 4. С. 79–82.
 17. Копець Л. Психологія особистості : навчальний посібник. Київ : Вид. дім. Києво-Могилянська академія, 2008. 560 с.
 18. Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медсестринство*. 2019. № 3. С. 39–41.
 19. Литвиненко І., Хотєнов І. Синдром емоційного вигорання в медичних працівників хірургічної спеціалізації. *Науковий вісник МНУ і. В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2017. №1. С. 109–114.
 20. Майдан І. С. Феномен «професійного вигорання» у лікарів. *Слово про здоров'я : науково-практичний журнал*. 2017. № 9. URL : <http://ozdorovie.com.ua/fenomen-profesiynogo-vigorannya-u->

likariv/#acceptLicense

21. Маляр-Газда М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодення. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2015. № 3. С. 27–31.
22. Назарук Н. «Згорання» та професійна деформація особистості: порівняльний аналіз. *Зб. наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. 2004. Вип. 9 . Ч. I. С. 186–194.
23. Овсяннікова О. Особливості професійної кар'єри особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2013. № 1. С. 91–104.
24. Пилипенко Н. Г. Особливості емоційного вигорання у медичних працівників. *Інтеграційний розвиток особистості та суспільства: психологічний і соціологічний виміри : матеріали II міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 12 червня 2020 року) / за ред. д. ю .н., проф. Аракелян М. Р. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2020.С. 212–215.*
25. Прокопенко Н. Професійне вигорання та його попередження в організації роботи медіаторів. *Відновне правосуддя в Україні*. 2005. № 4. С. 55–57.
26. Ровенська В. В. Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів. *Економічний вісник Донбасу*. 2020. № 1. С. 123–129.
27. Старовойт О. Невпевненість і емоційне вигорання особистості як бар'єри інноваційної діяльності. *Вісник Інституту розвитку дитини. Сер. : Філософія, педагогіка, психологія*. 2014. Вип. 36. С. 50–57.
28. Чаплак Я. Симптоми емоційного вигорання. URL : https://www.rusnauka.com/15_NPN_2009/Psihologia/46806.doc.htm
29. Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. *Український медичний часопис*. 2009. № 2. С. 57–59.
30. Шкурупій Д. А. Синдром професійного вигорання у лікарів хірургічного профілю. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Вип. 3. Т. 2. С. 97–99.

31. Юрков О. Синдром емоційного вигорання медичних працівників. *Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія «Педагогіка та психологія»*. 2017. Вип. 1. С. 213–215.
32. Юрченко І. Професійне вигорання медичних працівників за сучасних умов. *Медсестринство*. 2020. № 4. С. 11–15.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика діагностики рівня «емоційного вигорання» В. Бойка

Інструкція.

«На кожне із запропонованих нижче суджень дайте відповідь «так» чи «ні». Візьміть до уваги: якщо у формулюваннях опитувальника згадуються партнери, то йдеться про суб'єктів Вашої професійної діяльності – пацієнтів, клієнтів, споживачів, замовників, учнів, студентів та інших осіб, з якими Ви щоденно працюєте».

Текст опитувальника

1. Організаційні помилки на роботі постійно змушують нервувати, напружуватися, хвилюватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії чи профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Теплота у взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою.
6. Від мене, як від професіонала, мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться побути па самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати колегам того, що потребує професійний обв'язок.
10. Моя робота притупляє емоції.
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу па роботі.
12. Трапляється, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить мені все менше задоволення.
15. Я б змінив місце роботи, якби з'явилась така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу на потрібному рівні надати професійну підтримку, послугу, допомогу.
17. Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою наділові контакти.
18. Мене дуже засмучує ситуація, коли щось не йде на лад у стосунках з діловим партнером.
19. Я так стомлююся на роботі, вдома намагаюся спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втому та напруження часто приділяю партнеру

менше уваги, ніж потрібно.

21. Іноді звичні ситуації спілкування на роботі дратують мене.
22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене уникати людей.
24. При згадці про деяких партнерів та колег, у мене псується настрій.
25. Конфлікти та суперечки з колегами віднімають багато сил та емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі мені здаються дуже складними і важкими.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має трапитися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все як потрібно, чи не скоротять мене тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, то я намагаюсь обмежити час спілкування з ним, менше приділяти йому уваги.
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу «не роби людям добра – не отримаєш зла».
31. Я з радістю розповідаю домашнім про свою роботу.
32. Трапляються дні, коли мій емоційний стан погано відображається на результатах роботи (менше працюю, знижується якість, виникають конфлікти).
33. Іноді я відчуваю, що потрібно поспівчувати партнерові, але не в змозі цього зробити.
34. Я дуже хвилююся за свою роботу.
35. Партнерам по роботі віддаю більше уваги та турботи, ніж отримую від них вдячності.
36. При одній згадці про роботу мені стає погано: починає колоти в області серця, підвищується тиск, виникає головний біль.
37. У мене добрі (в цілому задовільні) стосунки з безпосереднім керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота приносить користь людям.
39. Останнім часом мене переслідують невдачі на роботі.
40. Деякі аспекти (факти) моєї роботи викликають розчарування, нудьгу і зневіру.
41. Трапляються дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж зазвичай.
42. Я переймаюся проблемами ділових партнерів (суб'єктів діяльності) менше, ніж зазвичай.
43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюсь скоротити час спілкування з друзями та знайомими.
44. Зазвичай я виявляю зацікавленість особистістю партнера більше, ніж того вимагає справа.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, в добродушному настрої.
46. Іноді я ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без душі.
47. У справах зустрічаються настільки неприємні люди, що всупереч волі

бажаєш їм чогось недоброго.

48. Після спілкування з неприємними партнерами в мене буває погіршення фізичного та психічного самопочуття.

49. На роботі я постійно відчуваю психічне та фізичне перевантаження.

50. Успіхи в роботі надихають мене.

51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною).

52. Я втратив спокій через роботу.

53. Впродовж останнього року траплялися скарги па мене з боку партнерів.

54. Мені вдається зберегти нерви тільки через те, що багато з того, що відбувається з партнерами, я не беру близько до серця.

55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції.

56. Я часто працюю через силу.

57. Раніше я був більш співчутливим та уважним до партнерів, ніж тепер.

58. У роботі з людьми керуюся принципом: не псуй нерви, бережи здоров'я.

59. Іноді я йду на роботу з важким відчуттям: як все набридло, нікого б не бачити й не чути.

60. Після напруженого робочого дня я відчуваю, що занедужав.

61. Контингент партнерів, з якими я працюю, дуже важкий.

62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.

63. Якщо б мені поталанило з роботою, я був би набагато щасливішим.

64. Я у відчаї від того, що на роботі в мене серйозні проблеми.

65. Іноді я поводжуся зі своїми партнерами так, як би не хотів, щоб вони вчиняли зі мною.

66. Я засуджую партнерів, що розраховують на особливу поблажливість та увагу.

67. Зазвичай після робочого дня у мене не вистачає сил займатися домашніми справами.

68. Часто я підганяю час: швидше б закінчився робочий день.

69. Стан, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро хвилюють.

70. Працюючи з людьми, я зазвичай ніби ставлю екран, що захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.

71. Робота з людьми (з партнерами) дуже розчарувала мене.

72. Щоб відновити сили, я часто вживаю ліки.

73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.

74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю через певні обставини.

75. Моя кар'єра склалася вдало.

76. Я дуже нервую з приводу того, що пов'язано з роботою.

77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів би бачити й чути.

78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), нехтуючи власними інтересами.

79. Моя втома на роботі зазвичай мало або взагалі не відображається па спілкуванні з домашніми і друзями.

80. За можливості, я віддаю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.

81. Мене часто підводять нерви в спілкуванні з людьми на роботі.

82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі, я втратив зацікавленість, живе почуття.

83. Робота з людьми погано вплинула на мене як на фахівця – зробила знервованим, злим, притупила емоції.

84. Робота з людьми вочевидь підриває моє здоров'я.

Бланк для відповідей												
№ з/п	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Відповідь + або -												
№ з/п	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Відповідь + або -												
№ з/п	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Відповідь + або -												
№ з/п	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
Відповідь + або -												
№ з/п	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Відповідь + або -												
№ з/п	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
Відповідь + або -												
№ з/п	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
Відповідь + або -												

У «ключі» поряд із номерами суджень у дужках був вказаний бал, який показує «вагу» цієї ознаки симптому.

«Ключ»

Фаза «Напруження».

1. Переживання психотравмуючих обставин: +1(2),+13(3), +25(2), -7(3), +49(10), +61(5), -73(5)

2. Незадоволеність собою:

-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3)

3. «Загнаність у кут»:

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

4. Тривога і депресія:

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

Фаза «Резистенція».

1. Неадекватне вибіркове емоційне реагування: +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)

2. Емоційно-моральна дезорієнтація:

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

3. Розширення сфери економії емоцій:

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

4. Редукція професійних обов'язків:

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

Фаза «Виснаження».

1. Емоційний дефіцит:

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

2. Емоційне відчуження:

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

3. Особистісне відчуження (деперсоналізація): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +71(2), +83(10)

4. Психосоматичні та психовегетативні порушення: +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

Інтерпретація результатів.

Запропонована методика дала детальну картину синдрому «емоційного вигорання».

Насамперед, необхідно звернути увагу на окремі симптоми. Показник вираження 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».

За інструкцією на кожне із запропонованих нижче суджень слід було дати відповіді «так» чи «ні». Взяти до уваги, що у формулюваннях опитувальника згадуються партнери, то йдеться про суб'єктів Вашої професійної діяльності – пацієнтів, клієнтів, споживачів, замовників, студентів та інших осіб, з якими опитуваний щоденно працює.

Обробка та інтерпретація результатів здійснювалися таким чином. Кожен варіант відповіді був заздалегідь оцінений певною кількістю балів, що

зазначалася в «ключі» поруч із номером судження в дужках. Це робилося, оскільки ознаки, включені до симптому, мали різний зміст для визначення його складності. Максимальну оцінку – 10 балів – отримала та ознака, яка була визнана найбільш показовою для симптому.

Відповідно до «ключа», здійснювалися такі підрахунки:

1) визначалася сума балів окремо для кожного з 12 симптомів «вигорання»;

2) підраховувалася сума показників симптомів для кожної з 3-х фаз формування «вигорання»;

знаходили підсумковий показник синдрому «емоційного вигорання» – сума показників за всіма 12 симптомами.

Додаток Б**Методика діагностики професійного вигорання (К. Масlach,
С. Джексон)**

Ціль: вивчення ступеня професійного «вигорання».

Опитувальник має три шкали: «емоційне виснаження» (9 тверджень), «деперсоналізація» (5 тверджень) і «редукція особистих досягнень» (8 тверджень).

Опитувальник

1. Я почуваю себе емоційно знищеним.
2. Після роботи я почуваюся як вичавлений лимон.
3. Зранку я відчуваю втому і небажання йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і стараюся враховувати це в інтересах справи.
5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими й колегами як з предметами (без тепла і симпатії до них).
6. Після роботи хочеться на деякий час усамітнитися від усіх і всього.
7. Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають у розмові з друзями.
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.
9. Я упевнений, що моя робота потрібна людям.
10. Останнім часом я став більш черствим до тих, з ким працюю.
11. Я помічаю, що моя робота дратує мене.
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю у їх здійснення.
13. Моя робота все більше мене розчаровує.
14. Я думаю, що дуже багато працюю.
15. Буває, що дійсно мені байдуже те, що відбувається з ким-небудь із моїх підлеглих і друзів.
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього.
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співпраці в колективі.
18. Під час роботи я відчуваю приємне задоволення.
19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.
20. Я відчуваю байдужість і втрату цікавості до всього, що задовольняло б мене в моїй роботі.
21. На роботі спокійно справляюся з емоційними проблемами.
22. Останнім часом я бачу, що друзі і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків.

Варіанти відповідей оцінювалися так:

«Ніколи» – 0 балів;

«Дуже рідко» – 1 бал;

«Інколи» – 3 бали;

«Часто» – 4 бали;

«Дуже часто» – 5 балів;

«Кожний день» – 6 балів.

Ключ до опитувальника виглядав наступним чином:

«Емоційне виснаження» – відповіді «так» на запитання 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

«Деперсоналізація» – відповіді «так» на запитання 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

«Редукція особистих досягнень» – відповіді «так» на запитання 4, 7, 9, 12, 17, 20, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).