

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ

Прокопенко Тетяна Володимирівна

На правах рукопису

УДК: 616.8-008.64:614.253.1/5:616.89

Магістерська робота

**ОЦІНКА РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ  
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СФЕРІ НАДАННЯ  
ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

спеціальність 223 Медсестринство

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор  
завідувач кафедри педіатрії №2  
Тернопільського національного  
медичного університету  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України  
проф. Павлишин Г.А.

Тернопіль - 2021

## ЗМІСТ

ЗМІСТ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 Проблема емоційного та професійного вигорання як складова частина професійної діяльності медичної сестри (огляд літератури)	7
1.1. Синдроми емоційного та професійного вигорання, їх роль у виконанні професійних обов'язків	7
1.2. Особливості професійного вигорання серед різнофахових медичних працівників	11
1.3. Профілактика і подолання професійного вигорання	19
РОЗДІЛ 2 Матеріали і методи дослідження	25
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих	25
2.2. Статистичні методи дослідження	30
РОЗДІЛ 3 Дослідження синдрому професійного вигорання у працівників психіатричного закладу	31
3.1. Специфіка роботи медичних працівників психіатричної служби в розрізі професійного вигорання	31
3.2. Впровадження тренінгу подолання синдрому професійного вигорання у обстежуваних осіб	37
3.3. Вивчення ефективності тренінгової програми (шляхом відстеження динаміки показників професійного вигорання)	41
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	46
ВИСНОВКИ	53
Практичні рекомендації	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ	55
ДОДАТКИ	

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

ВООЗ	– всесвітня організація охорони здоров'я
СЕВ	– синдром емоційного вигорання
СПВ	– синдром професійного вигорання

## ВСТУП

**Актуальність теми.** В комунікативних професіях, в яких діяльність передбачає постійний контакт з людьми та надмірну емоційну насиченість, умови праці доволі часто стають причиною формування такого складного та багатогранного явища як синдром професійного вигорання (СПВ). Вигорання розповсюджене у всьому світі і характеризується втратою енергії та мотивації, слабкістю, почуттям зношеності та надмірної обтяженості, розчаруванням, поганим моральним станом, соціальним роз'єднанням [1], відступом від цілі, цинізмом, знеособленістю, втратою драйву та інтересу до своїх професійних обов'язків.

Одне з чільних місць серед спеціальностей з високим ризиком формування СПВ займає професія медичного працівника. На жаль, це майже неминучий процес серед висококваліфікованих та високомотивованих працівників в медичній сфері та є реакцією на хронічне емоційне напруження внаслідок роботи з іншими людьми, особливо якщо вони стурбовані або мають проблеми. Висока стресогенність роботи медичних працівників в сучасних умовах пов'язана також із перенасиченням комунікативної сфери, в тому числі характером спілкування, високою відповідальністю та нездатністю в ряді випадків змінити несприятливий хід речей.

Науковий і практичний інтерес до синдрому вигорання обумовлений тим, що його наслідки є небезпечними не лише для медичних працівників, а й для об'єктів їх професійної діяльності – пацієнтів, людей, що потребують особливого догляду, посиленої уваги, психологічної та емоційної підтримки. Професійно виснажений, емоційно знесилений лікар чи медична сестра не спроможні продуктивно працювати, оскільки у них знижується рівень психологічної готовності до інноваційної діяльності, особистісного та професійного самовдосконалення, погіршуються взаємини з адміністрацією, колегами, клієнтами.

**Мета роботи** – оптимізувати сестринську діяльність психіатричним хворим шляхом вчасного розпізнавання відхилень психологічного здоров'я у них та впровадження тренінгових методик з метою попередження розвитку синдрому вигорання.

Для реалізації цієї мети було поставлено наступні **завдання**:

1. проаналізувати специфіку роботи медичних працівників психіатричної служби з позицій професійного вигорання;

2. вивчення і впровадження тренінгових методик для подолання синдрому професійного вигорання у обстежуваних осіб;

3. визначити ефективність тренінгової програми (шляхом відстеження динаміки показників професійного вигорання).

**Об'єкт дослідження** – особливості сестринської діяльності психіатричного закладу.

**Предмет дослідження** – специфіка роботи медичних працівників психіатричної служби в Україні у сучасних умовах.

**Методи дослідження:** психодіагностичний метод дослідження; оцінка ступеня вираженості професійного вигорання; труднощі у виконанні покладених на медсестер обов'язків; вибіркові бесіди (інтерв'ю); спостереження за об'єктами; математичний аналіз.

**Наукова новизна одержаних результатів.** На підставі аналізу особливостей роботи медичних працівників в психіатричній лікарні встановлено необхідність акцентувати увагу на ранній діагностиці синдрому професійного вигорання та особливостях професійної медсестринської комунікативності. Показано, що середній медичний персонал психіатричних лікарень в умовах глобальної кризової епідеміологічної ситуації також потребує психологічного супроводу. Медичні сестри повинні знати ознаки синдрому емоційного та професійного вигорання, володіти знаннями і вміннями щодо групових та індивідуальних методів психокорекційної роботи при появі симптомів СПВ, тому рекомендується включити в освітню програму для медсестер-магістрів курс за вибором «Елементи психічного здоров'я медичних працівників» та «Практичні методи допомоги та самопомоги при синдромі професійного вигорання».

**Практичне значення одержаних результатів** Для оптимізації роботи медичних сестер психіатричної лікарні вивчено психологічні, соціальні та економічні фактори впливу на СПВ; обґрунтовано доцільність застосування тренінгових методик з метою попередження розвитку та

зменшення проявів синдрому вигорання у медичних працівників в психіатрії.

**Особистий внесок здобувача.** Автор магістерської роботи є основним розробником усіх викладених у роботі положень. За безпосередньою участю автора було проведено анкетування медичних працівників психіатричних відділень та інших структур психіатричної лікарні, здійснено дослідну частину, забезпечено математичний аналіз і узагальнення результатів дослідження.

**Публікації.** За матеріалами магістерської роботи опубліковано 2 наукові роботи – у фахових виданнях за спеціальністю «Медсестринство» та у збірнику тез:

- Буряк О., Димчук О., Прокопенко Т., Колісник О. Безпека праці та охорона здоров'я медичних сестер за умов пандемії COVID-19 ) / Т. Прокопенко // Медсестринство. – 2021. – № 2. – С. 5–11.

- Колісник О., Прокопенко Т. Вивчення діастолічної дисфункції лівого шлуночка у хворих на стенокардію напруги з супутньою патологією в умовах covid-19 / Т. Прокопенко // Матеріали XXV міжнародного медичного конгресу студентів та молодих вчених. – 2021. – 12-14 квітня. – С. 229-230.

**Обсяг та структура магістерської роботи.** Магістерська робота викладена на 63 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 1 розділу власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, який включає 68 джерел.

## РОЗДІЛ 1

### ПРОБЛЕМА ЕМОЦІЙНОГО ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ (огляд літератури)

1.1. Синдроми емоційного та професійного вигорання та їх роль у виконанні професійних обов'язків

Цікавість наукової спільноти та суспільства до синдромів вигорання виникла дуже давно. Існує безліч описів симптомів вигорання як в художній літературі, так і в наукових статтях, публікаціях. Але, майже до середини 20 сторіччя термін «вигорання» не використовується авторами, хоча поглиблений опис симптомів та синдромів дуже підходить до сучасного поняття. Майже всі описи свідчать про психічне виснаження, роз'єднання з людьми, погіршення соціальної адаптації.

Згодом вигорання описували як явище, що було специфічне для сектору надання послуг, роботи з людьми: охорона здоров'я, догляд, освіта, соціальна робота, психотерапія, юридичні послуги та право, пенітенціарні роботи та поліція.

Рівень вигорання вищий там, де люди відчують дискомфорт через невизначеність і двозначність, нерівномірний розподіл влади, та де успіх у кар'єрі вищий за якість життя. Це явище характерне для сучасних розвинених суспільств та соціумів, що характеризуються соціальною роздробленістю та індивідуалізацією.

У 1974 році термін «staff burn-out» (вигорання працівників) ввів американський психіатр Герберт Фройденберг. Цей термін був використаний як неформальний та повсякденний та відносився раніше до сленгу наркозалежних та відображав наслідки тривалого вживання наркотичних засобів. В результаті свого дослідження психіатр виділив декілька фаз формування синдрому емоційного вигорання.

У 1976 році американською дослідницею і соціальним психологом Христиною Маслач була розроблена сама концепція вигорання. Замість терміну «staff burn-out» вона започаткувала використовувати поняття «вигорання» (припинення горіння). Крім того, нею у 1986 був розроблений опитувальник для визначення рівнів виразності та поширеності синдрому вигорання (перегорання) серед професійного контингенту, у тому числі медичних працівників. Ця методика і досі використовується у практиці охорони здоров'я, освіти, бізнесі та управлінні для сучасної та всебічної діагностики синдрому вигорання з подальшим визначенням рівня профілактичного впливу, як при створенні оптимізації терапевтичного середовища, так і щодо профілактики накопичення емоційного напруження. Він є актуальним та базовим і для сьогодення.

Вивчення феномена професійного вигорання було започатковане дослідженням стресостійкості людини у різних видах професійної діяльності. Значний внесок у вивчення та теоретичне обґрунтування явища професійного вигорання зробили американські вчені Крістіна Маслач, Герберт Фройденберг, Аяла Пайз тощо.

За концепцією Буріша виділені декілька фаз синдрому професійного вигорання:

1) фаза попередження, яка передбачає етапи: а) надмірної участі, відмови від потреб, не пов'язаних з роботою; б) виснаження;

2) фаза зниження рівня особистої участі: а) у ставленні до колег – перехід від допомоги до нагляду і контролю; б) стосовно оточуючих – відсутність емпатії; в) зростання вимог – концентрація на власних потребах, заздрість;

3) фаза емоційних реакцій: а) депресія; б) агресія, зниження толерантності;

4) фаза деструктивної поведінки: а) в інтелектуальній сфері - ригідність мислення, згасання уваги; б) у мотиваційній сфері - зниження



ініціативності; в) у емоційно вольовій сфері - самотність, відмова від власних інтересів тощо;

5) фаза психосоматичних реакцій: зниження імунітету, дисфункція внутрішніх органів, сексуальні розлади, порушення сну, алкогольна або наркотична залежність, загострення хронічних захворювань тощо;

6) фаза розчарування: негативна життєва установка, екзистенційний відчай, повна зневіра [9].

Учений В.В. Бойко розробив власну класифікацію симптомів, що супроводжуються різними компонентами «професійного вигорання». Створена ним «Методика діагностики рівня емоційного вигорання (СЕВ)» дає змогу оцінити прояви синдрому за дванадцятьма основними симптомами, що зазвичай супроводжують три компоненти «професійного вигорання». В.В. Бойко характеризує компоненти згаданого синдрому наступним чином: до складу синдрому емоційного вигорання входять три фази: напруження, резистенція, виснаження. Кожна фаза включає по 4 симптоми. Людина усвідомлено або несвідомо прагне до психологічного комфорту, намагається знизити тиск зовнішніх обставин за допомогою наявних у її розпорядженні засобів.

Трифакторна модель професійного вигорання за К. Масlach та С. Джексон представляє собою тривимірний конструкт, що включає до себе емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень.

«Емоційне виснаження» проявляється в переживаннях зниженого емоційного тону, підвищеної психічної виснаженості і афективної лабільності, втраті інтересу і позитивних почуттів до оточуючих, відчутті «перенасиченості» роботою, незадоволеності життям в цілому.

«Деперсоналізація» проявляється в емоційному відстороненні та байдужості, формальному виконанні професійних обов'язків без особистісної участі та співпереживання, а в окремих випадках - в негативізмі і цинічному ставленні. На поведінковому рівні «деперсоналізація» проявляється в зверхній поведінці, використанні

професійного сленгу, нетактовного гумору, ярликів, іноді відвертих грубощів. В контексті синдрому перегорання «деперсоналізація» передбачає формування особливих, деструктивних взаємин з оточуючими людьми, які руйнують соціальні зв'язки на напрацювання особистості.

«Редукція професійних досягнень» відображає ступінь задоволеності медичного працівника собою як особистістю і як професіоналом. Незадовільне значення цього показника відображає тенденцію до негативного оцінювання своєї компетентності і продуктивності і, як наслідок, – зниження професійної мотивації, наростання негативізму стосовно службових обов'язків, тенденція до зняття з себе відповідальності, до ізоляції від оточуючих, відстороненість, безучасність, уникання роботи спочатку психологічно, а потім – фізично [7].

До категорії працівників, які підпадають під вплив синдрому професійного вигорання, відносяться працівники майже усіх професій, які так або інакше взаємодіють з людьми. Цьому сприяють багато фізіологічних, психологічних, економічних і соціальних факторів. Так, рішення багатьох професійних задач потребує від працівників інтенсивного спілкування та вміння будувати свої взаємовідносини з об'єктами (пацієнтами, клієнтами, учнями, соціально незахищеним прошарком суспільства, обстежуваними, потерпілими, засудженими тощо) і колегами. Інтенсивне спілкування в рамках трудової діяльності підвищує вірогідність виникнення синдрому. До факторів, які сприяють розвитку цього феномена, окрім основних (особистісні, рольові та організаційні), відносяться додаткові, характерні для кожної професії та служби фактори, такі як і незадоволеність матеріальних потреб та потреба в самореалізації, низький статус у професійній групі тощо. Постійне психологічне і фізичне напруження та навіть перенапруження закономірно призводять до невротизації. Головні болі та прагнення «зняти стрес алкоголем» – це чи не найпоширеніше явище. Перелік цих факторів з кожною публікацією на тему СЕВ збільшується та розширюється. [11].

На теперішній час синдром вигорання визначений у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) під назвою «Перевтома» (код Z73.0 – проблеми, пов'язані з труднощами управління власним життям), входить до класу факторів, що впливають на стан здоров'я населення [12].

Дослідження останніх років значно розширили область використання терміну «психічне вигорання», додавши його в розширене коло професій, що не пов'язані з соціальною взаємодією. На теперішній час СЕВ трактується як професійна криза, пов'язана з роботою в цілому, а не лише з міжособистісними взаєминами в її процесі.

## 1.2. Особливості професійного вигорання серед різнофахових медичних працівників

Останні десятиліття повсякденне життя змінюється дуже швидко, а іноді кардинально. У всьому світі у людей виникають питання чи проблеми, які потребують, навіть не швидкого, а негайного вирішення. При чому соціальні фактори, що спонукають розповсюдження СЕВ постійно розширюються, та змінюються. Що підтверджує пандемія COVID-19, яка охопила весь світ, а за деякими даними, це вже є синдемія у всіх її варіантах [16]. К.Маслач, аналізуючи дослідження СПВ до 2010 року, підтверджує, що історично СПВ зачіпає десь 10% працівників, а на теперішній час більше 20%. Будь-яка професія має свої складні сторони, комплекси психотравмуючих факторів, що впливають на життя людей. Особливо сильні негативні ураження особистості притаманні числу професій системи «людина-людина». Не виключення є професія медичного працівника.

Професійна деформація особистості – це об'єктивне явище, негативні наслідки якого можуть бути еліміновані тільки за допомогою інших, непрофесійних факторів (соціалізація, виховання тощо). Вона розвивається поступово з професійної адаптації, яка є необхідною для медичного працівника. Адаптація до нових, а тим більше до екстремальних

умов, досягається ціною витрат функціональних резервів організму за рахунок так званої соціальної плати. Реакція організму на зовнішні і внутрішні впливи протікає в залежності від сил чинника, часу його дії та адаптаційного потенціалу працівника.

Медична робота справедливо вважається професією, що вимагає великої емоційної завантаженості, відповідальності та має невизначені критерії успіху. Практично усім медикам загрожує небезпека розвитку СЕВ. Самі симптоми СЕВ навряд чи відрізняються строгою специфічністю і можуть варіювати від легкої поведінкової реакції до психосоматичних, невротичних і, навіть психотичних розладів. До СЕВ найшвидше призводить позиція професіонала, який висуває до себе великі вимоги і не дає права на помилку[17].

У зв'язку з великою емоційною напруженістю професійної діяльності медика, нестандартністю робочих ситуацій, відповідальністю та складністю, значно збільшується ризик розвитку СПВ. Серед працівників, у яких СПВ зустрічається найбільш часто (від 60 до 90 %), особливо в останні 2-3 роки, слід визначити, що медичні працівники опинилися чи не найвищий сходинці.

Екстремальні ситуації часто супроводжуються стресом, коли у медичного працівника виникає гострий внутрішній конфлікт між жорсткими вимогами які накладає на нього відповідальність, і об'єктивна неможливість виконати їх. Стрес як стан психічної напруженості, викликаний труднощами, небезпеками, в цілому мобілізує людину на їх подолання. Про те, якщо стрес перевищує критичний рівень, він перетворюється на дистрес, що знижує результати праці, підриває здоров'я людини. Розрізняють стреси професійні, особистісні, стреси відповідальності, соціальні стреси тощо. До професійних стресів можна віднести входження в нове професійне середовище; ситуацію нововведень і конфліктів у цій сфері; ситуації змін вимог до професії, внутрішніх криз; ситуації пов'язані з труднощами у професійному зростанні і в кар'єрі

тощо. Ситуація нововведень і конфліктів у професійній діяльності може сприяти появі таких проявів як: безпорадність, схильність до конфліктів, емоційна напруженість, зниження рівня самокритичності. В сучасних умовах стреси формують шкідливі ефекти, що створюють бар'єри в професійній діяльності медичного працівника. Вони, природно, блокують його комунікативну активність у системі перепідготовки та підвищення кваліфікації, що створює суб'єктивно-об'єктивний стрес – емоційну напругу, яка в результаті підвищує ризик розвитку СЕВ [18]. Така ситуація проявилася у зв'язку із неочікуваними і новими вимогами до безперервного професійного розвитку лікарів. В умовах напруженої роботи під час пандемії, невизначеністю багатьох організаційних питань та дефіцитом кадрів, виконання цього наказу дуже ускладнює життя лікарів.

Незважаючи на схожість ефектів «вигорання» і професійних стресів, не слід їх ототожнювати. Синдром емоційного вигорання більш є не різновидом стресу, а наслідком впливу комплексу стресових факторів.

Внутрішніми чинниками розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників є інтенсивність та стиль спілкування професіонала, відповідність його темпераменту. Окремим чинником розвитку синдрому є робота з психологічно тяжким контингентом хворих, зокрема онкохворими людьми та постійний безпосередній контакт із пацієнтами, які потребують термінової допомоги чи знаходяться у критично тяжкому стані. Таким чином, серед основних причин виникнення синдрому емоційного вигорання виділяють порушення стану рівноваги у лікаря, коли вимоги (внутрішні та зовнішні) протягом тривалого часу домінують над ресурсами особистості (внутрішніми та зовнішніми) [21].

Наприклад, при вивченні особистісних рис анестезіологів та реаніматологів В.А. Капцовим встановлено, що у лікарів та сестер, які працюють у відділеннях реанімації, за даними опитувальника Р.Кеттела, нарівні з іншими якостями виражені напруження, неспокій, тривожність та депресивні прояви, що у подальшому може призвести до порушень

соціальної адаптації [22]. Слід відзначити, що серед лікарів спостерігається досить висока частота депресивних порушень, а близько третини медичних працівників регулярно застосовують медикаментозні засоби для корекції емоційного рівня напруження та тривожності. За результатами оцінки особистісної тривожності у медичних працівників виявлено переважно середній (58%) та високий (38%) рівень особистісної тривожності. Найвищою особистісна тривожність відзначалася у педіатрів (86%) та сімейних лікарів (89%), у той час як у працівників станції швидкої медичної допомоги та хірургів відзначено переважно середній рівень особистісної тривожності. Аналіз результатів щодо виявлення рівня професійного вигорання у медичних працівників різних спеціальностей дозволив встановити певні особливості залежно від рівня інтенсивності праці та спеціалізації лікарів [26].

Слід відмітити, що наслідки синдрому емоційного вигорання можуть проявлятися у психосоматичних порушеннях, психологічній зміні особистості та вираженій деперсоналізації, навіть схильності до суїциду. Ці прояви можуть безпосередньо впливати на ставлення до хворих, якість надання медичної допомоги, реабілітацію і реадаптацію пацієнтів. Серед когнітивних порушень при СЕВ відзначаються погіршення короткочасної пам'яті; зниження концентрації уваги; складнощі з плануванням і виконанням комплексних завдань; зниження продуктивності когнітивної діяльності й повсякденної активності; сповільненість у руховій сфері.

Численні дослідження показали, що медична професія - одна з тих, яка більшою мірою формує predisпозицію до розвитку феномена психічного вигорання. Відносини лікаря та пацієнта вважаються «доповнюючими» - лікар повинен надавати увагу та турботу і «віддавати» більше ніж пацієнт. Порівняльна оцінка поширеності та психологічних особливостей синдрому "професійного вигорання" серед медичних працівників різних медичних служб (онкологічних, фтизіатричних, психіатричних, хірургічних, педіатричних, терапевтичних та інших)

свідчить про те, що "емоційне вигорання" в різних стадіях свого розвитку значно частіше зустрічається у середнього медичного персоналу в порівнянні з лікарями. У середнього медичного персоналу професійне вигорання формується достовірно частіше в більш вираженій формі і при меншому стажі професійної діяльності. Залежність розвитку вигорання від віку та професійної діяльності більш характерна для лікарів [29].

Вважається, що професії психіатрів, наркологів і неврологів мають деякі особливості, які виділяють їх з низки професій системи «людина — людина». До них належать, наприклад, анозогнозія в пацієнтів і пов'язані з нею протидія госпіталізації, нонкомплаєнс, недовіра до медичного персоналу. Також це тиск родичів хворих, співзалежного оточення, значні обсяги рутинних обов'язків, необхідність постійного, часто негативно зарядженого спілкування з хронічними тяжкокурабельними пацієнтами. Усі ці фактори можуть обумовити як психологічний дискомфорт у фахівця, так і зміну ставлення до хворих. За даними англійських дослідників, серед лікарів виявляється високий рівень тривоги (41 % випадків), клінічно вираженої депресії (26 % випадків). Третина лікарів використовує медикаментозні засоби для корекції емоційної напруги, кількість вживаного алкоголю перевищує середній рівень.

При вивченні емоційного інтелекту серед лікарів психіатрів-наркологов було виявлено високу здатність до невербального сприйняття емоційних станів оточуючих та їх ідентифікація, знижену здатність до свідомого управління і контролю за власними. Підвищена чутливість до емоційного стану інших людей, при недостатній здатності їх розпізнавання, аналізу, регуляції може бути фактором ризику розвитку вигорання [31].

Таким чином, в якомусь сенсі, виокремлюють опосередкований психологічний портрет лікаря з високим ризиком розвитку СЕВ [32].

Майже 80 % лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-наркологов і лікарів-неврологів мають різного ступеня вираженості ознаки

СПВ; 7,8 % — різко виражений синдром, що веде до психосоматичних і психовегетативних порушень . За іншими даними, серед психологів-консультантів і психотерапевтів ознаки СПВ різного ступеня вираженості виявляються в 73 % випадків; у 5 % визначається виражена фаза синдрому, що проявляється емоційним виснаженням, психосоматичними й психовегетативними порушеннями. Ті чи інші симптоми вигорання мають, також, 85 % соціальних працівників, що працюють з «особливими» людьми [33].

Світова практика визначає вагому роль в охороні здоров'я суспільства медичних сестер, і в той же час їх професійний потенціал використовується не в повній мірі. Коротка соціальна дистанція «медична сестра – пацієнт» обумовлює сильний вплив як об'єктивних, так і суб'єктивних факторів, наростаюче почуття незадоволеності сприяє накопиченню втоми. Медичні сестри в сучасних умовах мають високий рівень показників за всіма складовими синдрому професійного вигорання. У зв'язку з майже постійним спілкуванням з пацієнтами та їх родичами медичні сестри найбільше зазнають емоційного виснаження серед обстежуваних. Характерним для середніх медичних працівників є достовірна різниця емоційного виснаження на рівні порівняно з аналогічними даними у лікарів загальносоматичної мережі. Також медичні сестри лікарень психоневрологічного профілю виявили найвищий, порівняно з лікарями, рівень деперсоналізації. Медичні сестри низько оцінюють свої професійні досягнення, свою компетентність і значущість як працівника і, як наслідок, мають низьку мотивацію до роботи та продуктивність праці. Тобто, середні медичні працівники впродовж своєї професійної діяльності мають ознаки наростання емоційного виснаження [34].

Уже з'являються дослідження в області розвитку «синдрому професійного вигорання» (СПВ) у медичних сестер, але разом з тим СПВ у медичних сестер, які працюють в різних областях медицини, досліджений



недостатньо. Проблематика СПВ серед молодших фахівців з медичною освітою (медичних сестер, медичних братів, фельдшерів, лаборантів, молодшого медичного персоналу тощо) майже не розкрита в такій емоційно витратній області медицини, як психіатрія та наркологія. Зміни психологічного стану медичних сестер впливають на їхнє ставлення до пацієнтів, поводження з хворими, а отже, в першу чергу, на якість надання психіатричної та наркологічної допомоги. Але ж саме на цю когорту медичних працівників припадає найбільша частка непомітної, брудної, майже завжди невдячної, фізично тяжкої, виснаженої роботи.

В усьому світі більшість працівників охорони здоров'я – це медичні сестри. У 2018 році лише в Україні працювали 345 364 молодші спеціалісти з медичною освітою (середній медичний персонал). Проте, роль медсестер у нашому суспільстві, та навіть в медичному середовищі, залишається недооціненою. Саме медичні сестри та брати частіше контактують з пацієнтами, організують взаємодію з ними, забезпечують дотримання норм інфекційної безпеки будь-якої лікарні. В Україні, попри те, що послуги з медичного догляду, спостережень, профілактики та маніпуляцій на практиці виконують переважно медичні сестри та брати, формальна відповідальність залишається на лікарях. Медичні сестри та медичні брати не можуть самостійно надавати послуги. Українське законодавство не визначає і не регулює медсестринські послуги як окремий вид діяльності та значно обмежує їх ініціативу і професійні обов'язки, що часто приводить до недоотримання пацієнтами уваги та відповідного догляду, а, значить, і зниження якості медичної допомоги.

Важливими складовими більш широкого використання медичних сестер та запобігання СЕВ є їх рівень освіти, професійної майстерності, компетентності тощо. Отже актуальними залишаються питання якості підготовки медичних сестер в бакалавраті і магістратурі, особливо актуальним є наукова складова як засіб науково-обґрунтованого розвитку

медсестринства в державі з метою підвищення ролі медсестер в охороні здоров'я населення і покращення доступності до медичних послуг[35].

Медичні сестри (середній медичний персонал) внаслідок постійного спілкування з пацієнтами та їх родичами мають найвищий рівень психічної виснаженості, афективної лабільності, «перенасиченості» роботою, емоційної відстороненості, байдужості, схильності до формального виконання своїх обов'язків без співучасті і співпереживання, більш схильні до цинізму, зверхньої поведінки стосовно пацієнтів порівняно з лікарями; медичні сестри недостатньо оцінюють свої професійні досягнення і компетентність та, порівняно з лікарями-психіатрами та лікарями соматичного профілю, мають нижчу мотивацію до виконання своїх обов'язків. Тобто спеціальність медичної сестри більш небезпечна щодо ризику формування професійного вигорання.

Наприклад, серед медичних сестер психіатричних відділень ознаки СЕВ виявляються в 62,9 % опитаних. Фаза резистенції домінує в картині синдрому в 55,9 %, виражена фаза виснаження — у 8,8 % респондентів віком 51–60 років і зі стажем роботи в психіатрії понад 10 років [36].

Саме тому дослідження професійного/емоційного вигорання медичних сестер зокрема та медиків загалом є дуже актуальним для України. Таким чином, збереження здоров'я не лише пацієнтів, але й медичних працівників, є важливим завданням держави і має неоціненне значення у профілактиці ускладнень лікувального процесу через людський фактор, а саме психологічне перенавантаження.

Діяльність медичного працівника в психіатрії або наркології часто припускає тривале перебування в дискомфортних умовах і ситуаціях. Важливою особливістю роботи в психіатричних закладах є тісне та інтенсивне спілкування з пацієнтами з хронічним перебігом захворювання та втраченими соціальними зв'язками і навичками, довготривалим перебуванням в стаціонарі, як правило, з ознаками госпіталізму. При сучасному навантаженні медичних працівників і введенні в їх роботу

нових програм, підходів та вимог проблемою є не те, що працівник емоційно вигорає, оскільки це є природний процес. Проблема полягає в тому, що він не вміє це вчасно помічати в круговерті сучасного інформаційного простору, постійних нововведень та змін.

### 1.3. Профілактика і подолання професійного вигорання

На медичних працівників, які надають психологічну та психіатричну допомогу покладено обов'язки забезпечити допомогу людям, що її потребують, тим більш це і є їх робота, їх професія. Але ж в цих ситуаціях з величезною ймовірністю можуть опинитися, і опиняються самі медики.

Однак масштаби проблеми не дають змоги забезпечити психіатричною допомогою більшість тих, хто її потребує. Практичним крокам у цій галузі перешкоджає хронічне недофінансування систем зміцнення психічного здоров'я, профілактики і лікування психічних розладів протягом багатьох попередніх років. Минулі роки стали перевіркою на міцність для працівників охорони здоров'я, які, незважаючи на численні труднощі, продовжують допомагати хворим і щодня стають до роботи, попри побоювання принести інфекцію додому або виснажитись як професіонали та особистості. Зараз як ніколи раніше важливою є роль охорони психічного здоров'я.

Знання особливостей психіки людини, умов її становлення, розвитку і реалізації дозволяє розробити рекомендації щодо розвитку психічних можливостей людини, навчити його скористатися цими рекомендаціями.

Професійне вигорання не лише небезпечне для самих медиків, а й приносить збитки закладу. Вже доведено та підраховано, що наслідками СПВ є:

- зниження задоволеності праці;
- збільшення плинності кадрів;
- погіршення соціально-психологічного клімату;

- збільшення несприятливих фізичних і емоційних симптомів самопочуття працівників;
- погіршення якісних і кількісних показників роботи;
- збільшення витрат на забезпечення здоров'я працівників;
- слабка мотивація емоційної та фізичної віддачі в професійній діяльності (низький рівень емпатії);
- моральні дефекти і дезорієнтація особистості.

І результатом, природно, є погіршення надання медичної допомоги та медичних послуг, що в сучасних ринкових умовах не робить медичний заклад конкурентоспроможним ефективним та впливає на репутацію і імідж всієї установи.

Незважаючи на те, що держава та суспільство не звертає уваги на цю проблему, є досить цікавих та дієвих рекомендацій, що розробили психологи для подолання СПВ. Перенавантаження робочого процесу (наприклад, години роботи, частота дзвінків протягом ночі, співвідношення кількості медсестер на одного пацієнта), дисбаланс роботи та особистого життя, організаційна культура (наприклад, культура управління; розлагоджена взаємодія між лікарем та медичною сестрою, ціннісна невідповідність, відсутність можливості професійного росту та соціальної підтримки), а також погіршення контролю, самостійності та сенсу на роботі пов'язані із вигоранням серед лікарів та медсестер. Саме тому будь-який заклад охорони здоров'я, який виявляє системну проблему, що загрожує якості надання медичної допомоги, знижує задоволеність пацієнтів, має швидко мобілізувати всі організаційні ресурси для розв'язання проблеми. Вигорання є саме такою системною проблемою.

Американські та ізраїльські психологи пропонують 3-ступеневу стратегію подолання СПВ, особливо в умовах хронічних стресоутворюючих факторів.

1. Це якісна професійна підготовка, яка виховує фізичні і душевні сили, витривалість, підвищує впевненість у своїй здатності як

особистостей членів медичної спільноти перед поставленими завданнями, готує до майбутніх стресових чинників. При цьому медичні працівники виконують роботу з більшою впевненістю та меншою втратою психологічних ресурсів, що пов'язані з тривогою.

2. Згуртованість колективу визначають як взаємну довіру та підтримку в соціальній групі. Ця риса розвивається шляхом спільних випробувань у відповідному колективі. Двостороння комунікація як у горизонтальній площині серед колег, так і в вертикальній – між керівництвом та підлеглими є важливою складовою для згуртованості команди. Ретельно злагоджена командна робота – шлях до отримання очікуваного результату без надмірних зусиль, що призводять до вигорання. Це підвищує моральну та психологічну стійкість членів колективу. Проблемою є формування взаємної підтримки та довіри у колективі в умовах швидких змін: кадрові скорочення, перехід до іншого підрозділу тощо.

3. Лідерство в медицині поняття комплексне та багатостороннє. Це ключовий чинник для стабільності та підтримки колективу. Лідери – навчають, надихають, допомагають сконцентруватися на професійних завданнях, вселяють довіру, впевненість та надають приклад етичної та моральної поведінки. Але тут є великий ризик для швидкого розвитку СПВ у самих лідерів [60].

Психологи розробили, окремо, дев'ять організаційних стратегій для покращення організаційної культури та створення комфортних умов для ефективної роботи медичного персоналу, які було розроблено та впроваджено у клініці Мейо. Основоположники згаданих стратегій наголошують, що ці принципи не є вичерпними або остаточними. Швидше, вони представляють відчутні організаційні дії, підкріплені доказами та досвідом.

Стратегія 1. Визнати та оцінити проблему.

Стратегія 2. Використати силу лідерства.

Стратегія 3. Розроблення та впровадження оптимізації роботи.

Стратегія 4. Формування спільноти на роботі.

Стратегія 5. Використання нагород та заохочень.

Стратегія 6. Формування цінностей та зміцнення корпоративної культури.

Стратегія 7. Формування балансу роботи/особистого життя.

Стратегія 8. Надання ресурсу для стійкості на роботі та розвиток культури самодопомоги.

Стратегія 9. Сприяння організації розвитку науки.

Додатково варто зазначити, що проблему професійного вигорання необхідно починати розв'язувати ще з початку навчання в медичному вищому навчальному закладі (ВНЗ), оскільки часто на робочі місця до лікарні, нові співробітники потрапляють уже з ознаками вигорання. Цей чинник відображається на якості медичної допомоги.

Професійне вигорання медичних працівників стало основною проблемою для багатьох країн, що створює суттєві виклики та призводить до втрат у медицині XXI століття. Якщо їх не розв'язувати, епідемія вигорання може продовжувати поширюватись, завдаючи шкоду як пацієнтам, так і медичним працівникам. За таких інтенсивних умов, як психіатрична, швидка медична допомога чи реанімація, керівники мають пам'ятати про графіки роботи лікарів. Медики постійно оточені ситуаціями захворюваності та смертності, тому ризики виснаження високі. Своєчасні перерви та вихідні дні слід ретельно планувати. Крім того, лікарів слід заохочувати до занять релаксаційними методами, такими як йога, медитація, звернення до кризової психологічної допомоги та ін. Це може допомогти їм повернутися до роботи відновленими, підвищити їхню ефективність і результати роботи.

Жоден медичний працівник, яким би підготовленим та мотивованим не був, не має імунітету до стресу. Тут дуже важливе вміння запобігати стресовим факторам і травмам. Запобігання цьому передбачає безперервне

послаблення дії стресових чинників, що впливають на індивіда, медичний заклад, територіальну громаду та відновлення біологічних, психологічних, соціальних і духовних сил, вичерпаних під дією стресу. Запобігти розвитку вигорання набагато простіше, ніж вирішувати вже сформовану та занедбану проблему. Звідси випливає, що основною метою управлінської та психологічної служби є превентивна система дій, направлених на забезпечення індивідуального підходу до кожного медичного працівника, гармонізація середовища та підтримка оптимізму і благополучного психологічного клімату у колективі. Це відповідає завданням психопрофілактики. Але самі медики, тим більш які працюють у психіатричній сфері, дуже рідко звертаються до психологів закладів для вирішення особистих проблем, навіть пов'язаних з професійною діяльністю. Серед причин цього явища слід виділити: невіру медичного персоналу у професіоналізмі психолога та збереження таємниці, надмірна впевненість у власних силах, залежність від оцінок оточення, брак часу, невірні життєві пріоритети.

Профілактичні заходи, що упереджують професійне емоційне вигорання, передбачають особистісно-орієнтовані підходи, спрямовані на покращення здатності особистості протидіяти стресу через зміну своєї поведінки, стосунків. Зокрема, це постійна внутрішня робота над собою, переосмислення поведінки, рефлексія емоційних станів, активний відпочинок, опанування методів саморегуляції. Також існує потреба у проведенні таких заходів, як просвітницька робота щодо сутності та наслідків професійної деформації, створення сприятливого психологічного клімату в колективі, проведення групових тренінгів, реалізація антистресових програм. Концепція поведінкових профілактичних заходів фокусується на первинній профілактиці, такій як: – засвоєння навичок боротьби зі стресом; – навчання технікам релаксації (прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, самонавіювання, медитація); – вміння

розділити з пацієнтом відповідальність за результат, вміння сказати «ні» [66].

## РЕЗЮМЕ

Таким чином, можна говорити про те, що проведення комплексу заходів, спрямованих на профілактику, а за необхідності – й на боротьбу з проявами синдрому професійного вигорання, може бути корисним не лише для підвищення ефективності професійної діяльності медичних працівників, а й для гармонізації їхньої особистості та, як наслідок, забезпечення сприятливої атмосфери у лікарнях та інших медичних закладах. Вивчення причин проявів професійного вигорання у медичних працівників і його наслідків привертає все більше уваги науковців, оскільки правильна, своєчасна діагностика, корекція і профілактика розвитку «вигорання» можуть допомогти у припиненні процесу «вигорання» або попередити його виникнення, зберігаючи лікаря і медсестру як здорову особистість і ефективного професіонала. Профілактика та психокорекція синдрому емоційного вигорання здійснює позитивний вплив на професійну діяльність медичного працівника в цілому. Якщо психологічної енергії у людини достатньо і духовна витривалість висока, то на неї не діють дрібні казуси та непорозуміння, при яких люди зі слабкою духовністю та слабким психічним здоров'ям виходять із рівноваги.

Сучасними психологами та лікарями розроблено чимало технік, прийомів та програм психологічної саморегуляції, більш детальне та обширне описання яких неможливе у межах однієї роботи. До них належать техніки аутотренінгу, програми особистісного розвитку, психотерапевтичні методи (арт-терапія, музикотерапія тощо) та безліч іншого. Але які б техніки не застосовувала людина, все починається з почуття відповідальності за свою долю та прагнення до змін на краще шляхом керування собою та власним життям.

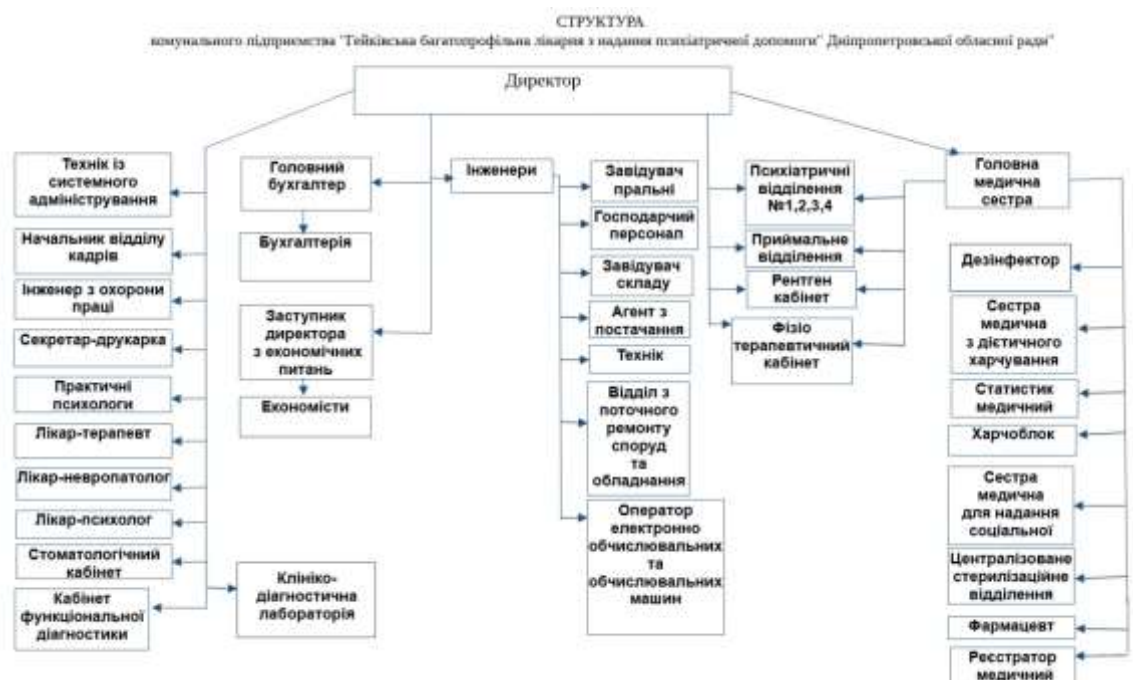


## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Загальна характеристика обстежених

Дослідження проводилося з березня 2020 року по березень 2021 року серед молодших фахівців з медичною освітою та лікарів, які надають стаціонарну або амбулаторну психіатричну допомогу мешканцям Дніпропетровської області. Це були співробітники КП «Гейківська багатопрофільна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР», що знаходиться в Криворізькому районі, а також медичні сестри інших діагностично-лікувальних кабінетів цього закладу.



Заклад розрахований на 300 ліжок та надає допомогу за всіма видами психічних розладів. В закладі працюють висококваліфіковані медичні спеціалісти загалом з вищою кваліфікаційною категорією. В структуру підприємства входять: 4 психіатричних відділення, приймальне відділення, клініко-діагностична лабораторія з бактеріологічним відділом, кабінет ЕКГ, ЕХО та енцефалографії, стоматологічний, рентген-діагностичний кабінети, кабінет УЗД, фізіотерапевтичний кабінет з широким спектром послуг.

Всі кабінети оснащені достатньою кількістю якісного медичного обладнання, де працюють ряд вузьких спеціалістів: терапевт, невропатолог, стоматолог, рентгенолог, лікар з ультразвукової діагностики.

В опитуванні прийняли участь 52 особи. Опитування було виключно добровільне та анонімне. Дослідження проводилося в декілька етапів: організаційний етап – вибір діагностичних методик, підготовка опитувальників – проведення опитування та збір анкет – аналіз. Дослідження проводилося методом емпіричного дослідження: опитування – респондентам були роздані заздалегідь підготовлені комплекти тестів-опитувальників без обмеження в часі та із забезпеченням повної анонімності (за бажанням респондента) з поясненням мети дослідження; досліджуваним, які виявили щире зацікавлення і бажання спілкуватись, було проведене вибіркоче інтерв'ю (12 осіб), під час якого було встановлено тісний особистісний контакт із співрозмовником; а також спостереження за підлеглими та колегами під час виконання робочих завдань, конфліктних ситуацій, вирішення складних задач, додаткового навантаження в роботі тощо).

Анкетне опитування – це метод отримання інформації, за яким спілкування між дослідником і респондентом проводиться за допомогою анкети. Респонденту необхідно було вибрати одну вірну відповідь. Запитання в анкеті - закритого типу (розраховані на вибір конкретної відповіді на вказане запитання) та буферні (переведення уваги респондента з одного напрямку мислення на інший). Всі запитання анкети були чітко сформульовані і зрозумілі респонденту. Анкета-опитувальник заповнюється безпосередньо самим медичним працівником або методом інтерв'ю.

У даному дослідженні застосовувалися:

1) Методика діагностики професійного вигорання для медичних працівників (К. Маслач, С. Джексон) в адаптації Водоп'янової Н.Е.;

## 2) Методика діагностики професійного вигорання К. Маслач

Необхідно зауважити, що кожна із зазначених методик дає можливість насамперед виявити рівень розвитку синдрому та його окремих складових, вплив різних стресоутворюючих факторів. Незважаючи на різне термінологічне значення понять, які використовуються науковцями, - «професійне вигорання», «емоційне вигорання», «психічне вигорання», «синдром вигорання» та ін., вони є не зовсім синонімами і розкривають різні аспекти «вигорання», як у професійній, так і в інших сферах життєдіяльності людини.

Методика «Психологічне вигорання» у професіях системи «людина - людина» (розроблена Н. Є. Водоп'яною, О. С. Старченковою на основі моделі К. Маслач та С. Джексон) (додаток 1):

*Мета дослідження:* визначення рівня «професійного вигорання».

*Матеріали та обладнання:* тест-опитувальник, бланк для відповідей та ручка. Дана методика зорієнтована перш за все на дослідження тих категорій фахівців, які працюють в системі «людина - людина». Тому саме цю методику, на думку авторів, доцільно використовувати, аналізуючи синдром «вигорання» у медичних працівників. Варто нагадати, що методика базується на теорії синдрому «вигорання», розробленій К. Маслач і С. Джексон, і дає можливість визначити такі основні складові синдрому «вигорання»: емоційне виснаження; деперсоналізація; редукція особистих досягнень. Методика є досить компактною у використанні — вона включає лише 22 запитання. Тому її доцільно застосовувати у ситуації, коли потрібно дуже швидко провести опитування. На основі результатів, отриманих за допомогою опитувальника, можна також розробити програми подолання синдрому «вигорання» як для окремої особистості, так і для групи людей, які працюють в одному підрозділі чи закладі.

*Процедура дослідження.* Дослідження за допомогою тесту-опитувальника проводилося як в груповому варіанті, так і індивідуально. Кожному учаснику дослідження надавався тест-опитувальник.

*Інструкція досліджуваному:* «Вам пропонується 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з роботою. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження і вирішіть, чи відчуваєте Ви себе таким чином відносно вашої роботи. Для оцінки ступеня своєї згоди з твердженням використовуйте шкалу: якщо у Вас не було такого почуття, у бланку відповідей позначте позицію 0 – «ніколи»; якщо у Вас було таке почуття, вкажіть, як часто Ви його відчували. Для цього навпроти питання поставте бал, що відповідає частоті переживань того чи іншого почуття.

Методика дослідження професійного вигорання (розроблена К. Маслач та С. Джексон).

*Мета дослідження:* визначення рівня «професійного вигорання».

*Матеріали та обладнання:* тест-опитувальник (додаток 2), бланк для відповідей та ручка.

Методика містить 3 шкали:

1) «Емоційне виснаження» - відображає рівень емоційного стану у зв'язку з професійною діяльністю. Високий показник по цій шкалі пов'язаний з пригніченістю, апатією, швидкою втомлюваністю, емоційним спустошенням. В цьому випадку досліджуваний може набрати від 0 до 45 балів (0-7 низький рівень; 8-17 середній рівень; 18 та вище високий рівень).

2) «Деперсоналізація» - показник за цією шкалою відображає рівень відносин з колегами, а також загальне відчуття себе як особистості у професійній діяльності. Високий показник за цією шкалою означає вираженість черствого формального спілкування з пацієнтами, відчуття несправедливого відношення до себе. По цій методиці досліджуваний може набрати від 0 до 25 балів (0-4 низький рівень; 5-10 середній рівень; 11 та вище високий рівень).

3) «Редукція особистих досягнень» - ця шкала діагностує низький рівень оптимізму, віру в можливість вирішувати поточні проблеми, позитивний погляд на робочий процес та співробітників. За цією методикою досліджуваний може набрати від 0 до 40 балів. Дана шкала має зворотній характер, це означає, що вища кількість балів вказує на менший ступінь редукції особистих досягнень: 0-22 високий рівень редукції; 23-30 середній рівень редукції особистих досягнень; 31 та вище низький рівень.

Дана методика дуже тісно перекликається з попередньою та , майже, є її аналогом. Але зручний формат у вигляді таблиці, ті ж питання, але перефразовані по іншому, в іншій послідовності дали змогу звірити чесність та відвертість досліджуваних у відповідях на попередні тести - опитувальники.

*Процедура дослідження.* Дослідження за допомогою тесту-опитувальника проводилося як в груповому варіанті, так і індивідуально на вибір кожного респондента. Кожному учаснику дослідження надавався тест-опитувальник.

*Інструкція досліджуваному:* «Вам пропонується 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з роботою. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження і вирішіть, чи відчуваєте Ви себе таким чином відносно вашої роботи. Для оцінки ступеня своєї згоди з твердженням використовуйте шкалу: якщо у Вас не було такого почуття, у бланку відповідей позначте позицію 0 – «ніколи»; якщо у Вас було таке почуття, вкажіть, як часто Ви його відчували. Для цього у таблиці напроти питання у відповідному стовпчику, що відповідає частоті переживань того чи іншого почуття поставте позначку».

Окрім того, проведено тренінг «Подолання синдрому професійного вигорання», який розробила О.В. Козлова. Працівники «Гейківської багатопрофільної лікарні з надання психіатричної допомоги», які брали участь у дослідженні, були поділені на дві підгрупи в залежності від стажу (стаж роботи до 10 років та стаж більше 10 років) в добровільному

порядку. Кожна підгрупа учасників складалася із 10 бажаючих та приходила в попередньо призначений день. Під час тренінгу більшість учасників виявила активність та із задоволенням брала участь у тренінговій програмі. Ті учасники, які на початку неохоче брали участь, поступово також проявляли активність.

Після тренінгових вправ ми повторно провели діагностику наявності професійного вигорання для медичних працівників (за К. Маслач та С. Джексон).

## 2.2. Статистичні методи дослідження

Статистичну обробку цифрових даних здійснювали за допомогою програмного забезпечення «Excel» («Microsoft», США) та «STATISTICA» 6.0 («Statsoft», США) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки одержаних даних. Для всіх показників розраховували значення середньої арифметичної вибірки ( $M$ ), її дисперсії і помилки середньої ( $m$ ). Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали при нормальному розподілі за критерієм Стьюдента.

## РОЗДІЛ 3

### ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ СЕСТРИНСЬКОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ

3.1. Специфіка роботи медичних працівників психіатричної служби в розрізі професійного вигорання

В опитуванні прийняли участь 52 особи, що працюють КП «Гейківській багатопрофільній лікарні з надання психіатричної допомоги» ДОР». Опитування було виключно добровільне та анонімне. Дослідження проводилося в декілька етапів: організаційний етап – вибір діагностичних методик, підготовка опитувальників – проведення опитування та збір анкет – аналіз. Дослідження проводилося методом емпіричного дослідження: опитування – респондентам були роздані заздалегідь підготовлені комплекти тестів-опитувальників без обмеження в часі та із забезпеченням повної анонімності (за бажанням респондента) з поясненням мети дослідження; досліджуваним, які виявили щире зацікавлення і бажання спілкуватись, було проведене вибіркоче інтерв'ю (12 осіб), під час якого було встановлено тісний особистісний контакт із співрозмовником; а також спостереження за підлеглими та колегами під час виконання робочих завдань, конфліктних ситуацій, вирішення складних задач, додаткового навантаження в роботі тощо).

За виявленими статистичними даними визначено, що серед респондентів – 15,4% - лікарі, 84,6% - медичні сестри та брати (рис. 3.1).

У дослідженні прийняли участь 17,3% чоловіків і 82,7% жінок – історично склалося так, що в медицину йде працювати більше жінок, тим більш серед середнього та молодшого медичного персоналу.

За національністю респонденти поділилися наступним чином: 7,7% визнали себе, враховуючи історію родини, міграцію – етнічними росіянами; 90,4 % - відносять себе до українців; а 1,9 % - інші

національності, що проживають на території України ( поляки, мегрели, абхазці, армяни). Майже всі вони визнають, що втратили зв'язок з історичною батьківщиною, і в родині є багато змішаних шлюбів. Тобто, це – повністю асимільовані громадяни України, які все своє життя проживали на території Дніпропетровської області.

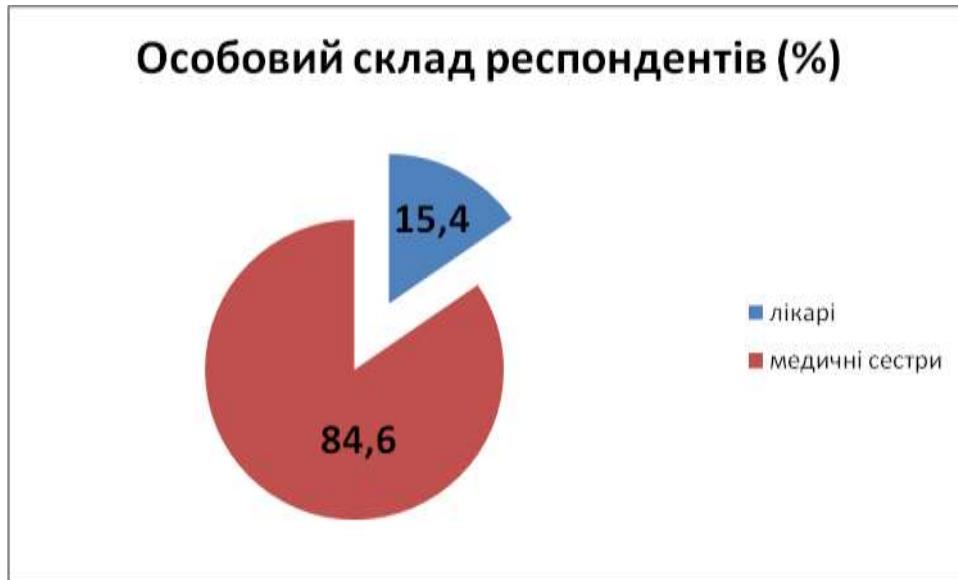


Рис. 3.1 Процентне відношення вищого та середнього медичного персоналу, що брали участь в дослідженні

38,5 % респондентів живуть у місті з населенням від 50 тис. з доволі розвиненою інфраструктурою, 51,9 % - проживають в селищі міського типу або містечку (з населенням від 10 тис. до 30 тис.), 9,6 % - це жителі селища або села, і всі вони мають присадибне господарство. 13,5% опитуваних медичних працівників мають статус внутрішньо-переміщених осіб і, десь половина з цієї категорії, досі не має особистого постійного житла і вимушені його винаймати.

За соціальним статусом опитувані надали наступну інформацію: одружені та мають стабільні сім'ї – 76,9 %; 17,3 % - розлучені; 3,8 % - вдови ( 1 особа – вдівець); 1,9% працюючих - неодружені (незаміжні); 5,8% респондентів не мають дітей.



Попри відданість своїй професії, майже всі медичні працівники відмічають низький рівень оплати праці, і багато хто має додаткову роботу, а значить і додаткове навантаження. 5,8 % досліджуваних отримують додатково пенсію, або працюють на 1,5 тарифні ставки у цьому ж закладі. 9,6 % визнають, що працюють понаднормово на інших роботах як сумісники або ж ФОП. Це стосується як лікарів, так і медичних сестер, медичних братів. При цьому, лише половина надає медичні послуги, інші підробляють на будівництві, у торгівлі, мережевий маркетинг, послуги няні, нейл-арт тощо. Половина медичних працівників з цієї кількості працюють неофіційно без оформлення відповідного стажу, а значить, і без соціальних гарантій. Бо 15,4% респондентів є основними утримувачами сім'ї, що стопроцентно забезпечують бюджет. В основному це чоловіки, де дружина знаходиться в декретній відпустці, розлучені, матері-одиначки, та, якщо інший член сім'ї має проблеми з працевлаштуванням. 69,2 % опитуваних вважають, що забезпечують половину сімейного бюджету, тобто партнер також працює в державному або приватному закладу, де зарплатня не дуже висока. І лише 17,3 % визнають, що забезпечують меншу половину бюджету сім'ї. Ця ситуація характерна для медичних працівників-жінок від 30-40 років, у яких партнер працює держслужбовцем, або у силових структурах, або ж знаходиться на заробітках за кордоном. Така ситуація є розповсюдженою у Дніпропетровській області.

Щодо вікової градації: 9,6 % респондентів це молоді люди від 20 до 30 років (рис. 3.2). На жаль, серед них не було жодного випускника фахового коледжу чи університету. Через скорочення штатів, зниження престижу професії та невпевненості у майбутньому за останні 2 роки у психіатричних та наркологічних закладах майже не було залучено молодих фахівців з вищою або середньою медичною освітою. 32,7 % - це медичні працівники від 31 до 40 років; а 36,5 % - від 41 до 50 років. Це найбільш кваліфікована та відповідальна когорта медичних працівників. 23,1 % - від

50 років до 60 років – люди передпенсійного віку. А, 7,7% це пенсіонери старше за 65 років. Цікаво, що через скорочення штатів працівників пенсійного віку стало набагато менше – всього 7,7%, в основному це лікарі, що продовжують професійну діяльність через гостру нестачу фахівців з лікувальної справи у регіоні та низький рівень пенсійного забезпечення (лікарів не вистачає катастрофічно – найстаршому лікарю психіатру-наркологу у Гейківській багатопрофільній лікарні – 72 роки).



Рис. 3.2 Процентне відношення медичних працівників за віковим цензом

При цьому 19,3% мають стаж роботи в медичній сфері до 5 років, від 5 до 10 років – 17,3% від опитуваних, 15,4% мають медичний стаж від 10 до 15 років, 17,3% - від 15 до 20 років стажу. Більша частина респондентів мають як життєвий досвід, так і високу професійну кваліфікацію.

15,4 % фахівців – це лікарі, що мають вищу медичну освіту за спеціальністю «Лікувальна справа». Цікава ситуація склалася серед працівників, що працюють медичними сестрами та братами, лаборантами тощо. Серед них 18,2 % опитуваних мають вищу освіту (1 особа – психолог, 2 – бакалавр зі спеціальності «Медсестринство», 5 – мають вищу фармацевтичну освіту). На момент дослідження 15,9 % медсестер мали

незакінчену вищу освіту чи продовжували навчання на поточний час (бакалавр зі спеціальності «Медсестринство» - 3 особи; фармацевти та провізори – 5; інші спеціальності, не пов’язані з медициною зовсім – 6 осіб). Як бачимо, наявність вищої освіти, високої кваліфікації та інтелекту, зовсім не є гарантією успішної кар’єри та престижної роботи. А сьогодняшня система охорони здоров’я не дозволяє середньому медичному персоналу проявляти себе в професійному середовищі творчо та незалежно. Тому ці спеціалісти з дипломом і високим рівнем кваліфікаційної підготовки, маючи досить стажу та досвіду, так і залишаються виконавцями лікарських призначень та протоколів з обмеженими можливостями зросту. Не дивно, що багато мотивованих спеціалістів з часом розчаровуються у професії.

Взагалі 19,3% мають вищу освіту, 15,4% - незакінчену вищу освіту, 65,3% - медичний фаховий коледж (рис. 3.3). З них у 50% респондентів – вища кваліфікаційна категорія, у 29,6 %- перша кваліфікаційна категорія, 11,8 % - мають другу категорію. І лише 8,6% респондентів – не мають жодної кваліфікаційної категорії (рис. 3.4).



Рис. 3.3 Професійна кваліфікація медичних працівників, що взяли участь у дослідженні

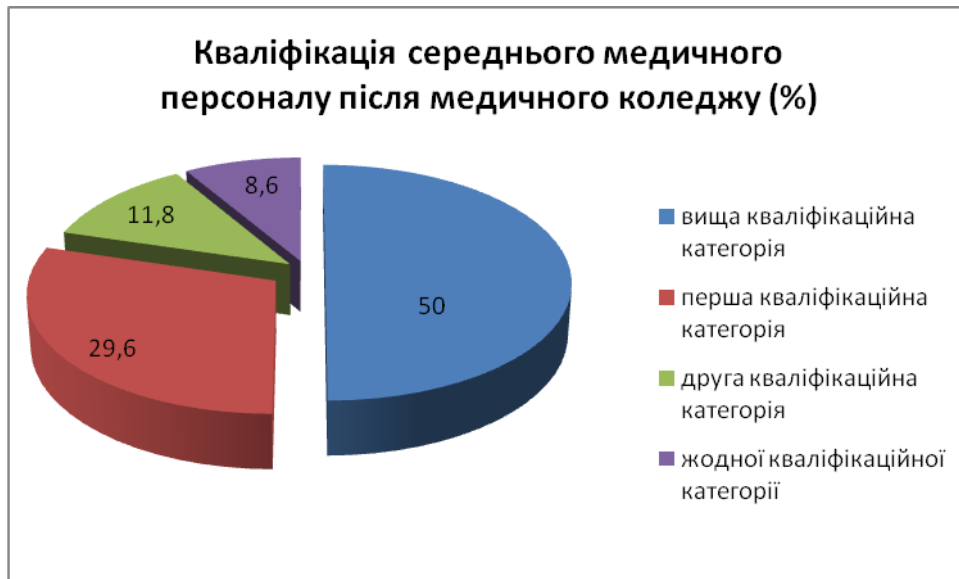


Рис. 3.4 Характеристика професійної категорії обстежених медичних працівників

Для діагностики професійного вигорання використано опитувальник «Методика діагностики професійного вигорання у медичних працівників» (К. Маслач, С. Джексон) в адаптації Водоп'янової Н.Е. та «Методика діагностики професійного вигорання» К. Маслач (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Порівняльна характеристика сформованості професійного вигорання у медичних працівників Гейківської багатопрофільної лікарні з надання психіатричної допомоги (%).**

	Емоційне вигорання (n=к-сть осіб)		Деперсоналізація (n=к-сть осіб)		Редукція (n=к-сть осіб)	
	За К. Маслач в адаптації Водоп'янової Н.Е.	За К. Маслач	За К. Маслач в адаптації Водоп'янової Н.Е.	За К. Маслач	За К. Маслач в адаптації Водоп'янової Н.Е.	За К. Маслач
Низький рівень	16	13	6	10	8	15
Середній рівень	28	26	40	36	18	17

Високий рівень	8	13	6	6	26	20
----------------	---	----	---	---	----	----

Якщо проаналізувати цю модель, то професійне вигорання є тривимірним – включає три субшкали: емоційне виснаження, деперсоналізацію, редукцію особистих досягнень.

Емоційне виснаження: слід звернути увагу на тих працівників, які мають найвищий рівень емоційного виснаження - (8 та 13 %). Також тривожить те, що половина опитуваних вже мають ознаки емоційного вигорання, які продовжують розвиватися та цілком ймовірно можуть досягнути найвищого ступеню. Ця складова розглядається як основна для емоційного вигорання та характеризується заниженим емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням. Як бачимо, дані не дуже відрізняються, що підтверджує якість дослідження.

Деперсоналізація. У групу з високим рівнем деперсоналізації потрапили працівники, які мають високий та середній рівень емоційного виснаження. Це може проявлятися у погіршенні стосунків з колегами по роботі, відсутності бажання спілкуватися з пацієнтами. У багатьох випадках спостерігається зростання негативізму, цинічності стосовно інших оточуючих. А, враховуючи, що спілкування в психіатрії та наркології є дуже важливою складовою для успішного лікування та довгих ремісій – якість надання медичної допомоги значно знижується.

Редукція особистих досягнень. Високий рівень мають – від 20 % і 26% медичних працівників. Такі працівники, що мають високий рівень показників, негативно оцінюють себе, свої професійні досягнення та успіхи, спостерігається негативізм щодо службової гідності, обмеження своїх можливостей, обов'язків щодо інших, іноді відверте ігнорування професійних обов'язків. З вищевказаного можна зробити висновок, що якщо у досліджуваного високий рівень емоційного виснаження, то і деперсоналізація, і редукція особистих досягнень буде високого рівня.

Якщо досліджуваний має середній рівень емоційного виснаження, то деперсоналізація і редукція особистих досягнень може бути середнього або високого рівня. Якщо ж досліджуваний має низький рівень емоційного виснаження, то і деперсоналізація, і редукція особистих досягнень буде низького або середнього рівня. Аналізуючи відповіді на даний опитувальник, відзначаємо, що, особливо середній медичний персонал, незважаючи на високі показники виснаження та деперсоналізації, намагався не допустити повної байдужості і нівелювання своїх обов'язків.

У групу з середнім рівнем потрапили працівники, які мають професійний стаж до 15 років, у групу з високим рівнем - 15-20 років і вище, у групу з низьким – до 5 років стажу. Найбільший процент СПВ відмічається у респондентів з медичним стажем від 15 років і вище, найвищий рівень деперсоналізації визначається у респондентів старших 50 років, що мають виробничий стаж вище 20 років.

Чоловікам більш притаманний високий рівень деперсоналізації, а жінки більш схильні до емоційного виснаження.

Цікаво, що аналізуючи відповіді на ці два опитувальника, неважко було виокремити відверті відповіді та деяку нещирість респондентів. Якщо в першому варіанті багато медичних працівників намагалися приховати свої проблеми і відповідали з бажанням прикрасити або применшити існуючі проблеми, то в другому варіанті, несвідомо відповідали на питання більш щиро та відверто. За цими опитувальниками - до 24 % респондентів мають високі показники виснаження та всі ознаки синдрому вигорання. 17,9% - визнають прояви відвертої байдужості до своїх професійних обов'язків, 21% медичних працівників не мають жодних планів на майбутнє.

3.2. Впровадження тренінгу подолання синдрому професійного вигорання у обстежуваних осіб

Мета тренінгу: підвищити рівень обізнаності учасників щодо поняття «професійного вигорання» як одного із елементів життєвого руху та розвитку. Отримання навичок ідентифікації здорової ідентичності в кризово-конфліктних станах, визначення шляхів та способів подолання конфліктів. Підвищення внутрішньої мотивації до розвитку професійної самореалізації, самовпевненості та самооцінки.

Якщо розглядати адаптацію у професійному розрізі - то саме адаптація є невід'ємним етапом становлення ідентичності як людини соціальної, так і людини професійної (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

### Періоди адаптації у людини

<b>Етапи кар'єри</b>	<b>Вік</b>	<b>Потреби досягнення мети</b>	<b>Моральні потреби</b>	<b>Фізіологічні і моральні потреби</b>
Підготовчий	До 25	Навчання та випробування на різних роботах	Початок самоствердження	Безпека існування
Адаптація	До 30	Освоєння роботи, розвиток навичок, формування кваліфікації	Самоствердження і початок досягнення незалежності	Безпека існування і пристойний рівень оплати праці
Просування	До 45	Зростання кваліфікації і досвіду, набуття нових	Зростання самоствердження, досягнення більшої незалежності,	Здоров'я та високий рівень оплати

		навичок та кар'єрне зростання	початок самореалізації	
Збереження	До 55	Пік вдосконалення кваліфікації, навчання молоді	Стабілізація незалежності і зростання самореалізації	Підвищення рівня оплати праці і зацікавленість до інших джерел доходів
Завершальний	До 60	Підготовка до виходу на пенсію, підготовка зміни, підготовка до нового виду діяльності	Стабілізація самореалізації	Збереження рівня оплати праці та підвищення зацікавленості до інших джерел доходу
Пенсійний	Після 60	Заняття новим видом діяльності	Самореалізація в новому виді діяльності	Здоров'я, розмір пенсії та інші джерела доходу

Психічна адаптація в трудовій діяльності — це процес встановлення оптимальної відповідності між особистістю і навколишнім середовищем, у тому числі соціальним, яка сприяє задоволенню актуальних потреб і реалізації значущих цілей за умови збереження фізичного і психічного здоров'я працівника, що діє в особливих умовах.

Згідно з метою були сформовані наступні завдання:



1. Зняття напруги від фази вигорання шляхом роботи власними почуттями.

2. Формування та усвідомлення внутрішніх та зовнішніх опор при роботі психоемоційним станом.

3. Формування позитивного образу власного «Я» та навичок самопізнання.

4. Створення сприятливої атмосфери, яка сприятиме профілактиці синдрому професійного вигорання

5. Підвищення рівня стресостійкості.

Тривалість тренінгу: 8 годин

Кількість зустрічей та тривалість кожної з них: 2 зустрічі, по 4 год кожна.

Періодичність зустрічей: 2 дні підряд

Кількість учасників: 10-12

Етапи тренінгу:

№ з/п	Тема/складові заняття	Час проведення, год
Зустріч 1	Вступ, знайомство, мета та завдання.	1
	Формування позитивного мислення	1
	Проблема та її вирішення	2
	Самооцінка та самокритичність	
Зустріч 2	Я – концепція	1
	Техніки позитивного мислення	2
	Підсумки, висновки, результати	1

Виконувалися для учасників тренінгу та і вправи:

- вправа «Корпоративний стандарт»

- вправа «Створи свій власний світ»
- вправа «Внутрішній промінь»
- вправа «Супер-сумка»
- вправа «Сприйняття життя»
- вправа «Розмова зі зміною позицій»
- вправа «Поплавок в океані»
- вправа «Ідеальна виробнича ситуація»
- вправа «Що робить мене уразливим?»
- вправа «Сміттєве відро»
- вправа «Перелік особистих ресурсів»
- вправа «Повітряні кульки»

Після тренінгових вправ ми повторно провели діагностику наявності професійного вигорання для медичних працівників (за К. Маслач та С. Джексон).

Результати проведеного емпіричного дослідження можливостей попередження та профілактики синдрому «професійного вигорання» у медичних працівників Гейківської багатопрофільної лікарні з надання психіатричної допомоги засобами соціально-психологічного тренінгу дозволили зробити висновки про те, що обстежені мають різноманітні прояви синдрому «професійного вигорання» і потребують подальшої серйозної та планомірної соціально-психологічної роботи з їх попередження та профілактики, що є необхідним для удосконалення їх професійної діяльності.

За опитувальником професійного вигорання для медичних працівників (за К. Маслач та С. Джексон) ми виявили, що у двох працівників залишилися високі показники за шкалою “емоційне виснаження” та “деперсоналізація”; шість працівників мають середні показники за шкалами “емоційне виснаження” та “редукція персональних досягнень”; у двох – середні показники за шкалами “емоційне виснаження” та “деперсоналізація”; у п’яти – середні дані за шкалою “редукція

персональних досягнень”; в однієї людини середні показники за шкалою “деперсоналізація”; в однієї – середні показники за шкалами “деперсоналізація” та “редукція персональних досягнень”; у семи працівників – низькі показники за всіма шкалами.

### 3.3. Вивчення ефективності тренінгової програми (шляхом відстеження динаміки показників професійного вигорання)

На даний час не існує однозначної відповіді на запитання про те, що ж є головним у виникненні професійного вигорання, що є основною причиною – особистісні характеристики людини чи організаційні.

До професійного вигорання більш схильні працівники, які змушені в силу своєї роботи багато і інтенсивно спілкуватись з різними людьми, знайомими і незнайомими. Тому цілком закономірно, що швидше «вигорають» люди, які мають інтровертований характер, індивідуально-психологічні особливості яких не поєднуються з професійними вимогами ко-мунікативних професій. Вони не мають надлишку життєвої енергії, характеризуються скромністю і сором'язливістю, схильні до замкнутості і концентрації на предметі професійної діяльності. Саме вони здатні накопичувати емоційний дискомфорт без «скидання» негативних переживань у зовнішнє середовище. Також існує взаємозв'язок між вигоранням і тривожністю, емоційною чутливістю, темпераментом.

Ще одна, найбільш вразлива категорія «вигораючих», — це люди, що з головою занурюються в роботу, зневажають і відсувають на другий план свої потреби. Вони схильні таким чином втікати від проблем, що виникають в особистому житті. У своєму прагненні до ідеалу такі люди стають надміру захопленими роботою. Вони відчують сильну потребу бути необхідними і значимими. Звичайно, такі люди дуже залежать від зовнішніх оцінок, особливо схвалення. Більшість позитивних емоцій «вигораючи» знаходять у своїй професійній діяльності. Через це вони часто втрачають зв'язок із своїми родичами і знайомими. У багатьох немає

нікого, крім дружини чи чоловіка, з ким можна було б поговорити відверто.

Також до синдрому професійного вигорання більш схильні люди, що відчувають постійний внутрішній особистий конфлікт, пов'язаний із роботою (наприклад, жінки, в яких існує внутрішнє протиріччя між роботою і сім'єю).

Результати досліджень показують, що найбільш чутливими до вигорання, є молоді люди (19-25 р.), які при зіткненні з реальною дійсністю, що не відповідає їх очікуванню, отримують емоційний шок та люди старшого віку (40-50 р.).

Досить часто можна спостерігати як у чоловіків, так і у жінок, професійне вигорання у віці 30 р. Можливою причиною є криза 30 років, яку психологи часто називають «проблемою сенсу життя». Оглядаючись на пройдений шлях, людина бачить, як при сформованому і зовні благополучному житті все-таки недосконала її особистість. Багато фахівців говорять про те, то критично переглядають своє життя. Відбувається переоцінка цінностей і буває так, що кар'єрні досягнення в цьому віці втрачають сенс.

Існують дослідження, що свідчать про взаємозв'язок сімейного стану і вигорання. Більш висока схильність до вигорання є у неодружених осіб (особливо чоловічої статі). Причому, холостяки в більшій мірі схильні до вигорання навіть у порівнянні з розведеними чоловіками.

Доведено, що чоловіки більш схильні до деперсоналізації, а жінки до емоційного виснаження. Чоловіки виявилися більш чутливими до впливу таких стресових ситуацій, які вимагали від них демоне грації чисто чоловічих якостей (сили, підваги). Жінки виявилися більш чутливими до стресових ситуацій, які вимагали від них співпереживання, вихователських навичок, покори. Жінка, що працює, отримує більш високі робочі перенавантаження (в порівнянні з чоловіками) через додаткові домашні та сімейні обов'язки.

Існують дані про позитивний зв'язок між рівнем освіти і вигоранням. Приводом до цього можуть бути завищені вимоги людей з більш високим рівнем освіти, неможливість реалізації (людина займає не ту посаду, на яку вона могла б претендувати, або не ту, на яку вчилася).

Тісний зв'язок існує між вигоранням і задоволенням працею.

Мабуть, один з найважливіших факторів, розглянутих у контексті вигорання, — це соціально-психологічні взаємини в організації як по вертикалі, так і по горизонталі. Вирішальну роль відіграє підтримка з боку колег і людей, що стоять вище на професійному і соціальному рівні. Більше того, деякі дослідники підкреслюють, що так звані горизонтальні конфлікти в групі працівників психологічно менш небезпечні, ніж конфлікти з людьми, які займають більш високе професійне становище.

Умови праці. Практично всі дослідження свідчать про те, що підвищені навантаження в діяльності, понаднормова праця стимулюють розвиток вигорання.

Зміст праці. Дана група факторів містить у собі кількісні і якісні аспекти роботи з клієнтами: число клієнтів, частоту їхнього обслуговування, ступінь глибини контакту з ними.

Прийняття рішень. Важливий фактор, що взаємодіє з вигоранням, — ступінь самостійності і незалежності співробітника у своїй діяльності, можливість приймати важливі рішення. Відчуття значимості, інформованості і прийняття відповідальних рішень значно пригнічує розвиток вигорання.

Стимулювання. Ця проблема розглядається дослідниками в руслі винагороди працівників за їхню працю (матеріальної і моральної) у вигляді схвалення з боку адміністрації і подяки клієнтів. Практично всі дослідники відзначають, що недостатня винагорода (грошова і моральна) чи її відсутність сприяють виникненню вигорання. Є дослідження, які показують, що додаткова винагорода за виконання визначеної роботи підвищує почуття професійної ефективності. При цьому, як правило,

важливою є не стільки абсолютна кількість винагороди, скільки її справедливість.

Стиль керівництва. Потрібно відзначити, що демократичний стиль керівництва в меншій мірі сприяє виникненню вигорання, а авторитарний і критикуючий стиль спілкування керівника — навпаки, сприяє вигоранню.

Узагальнюючи результати наукового дослідження, що наведені в даному розділі, можна стверджувати таке:

1. Провідними обтяжливими професійними чинниками, що сприяють розвитку синдрому вигорання у медичного персоналу психіатричних лікарень, є: виробниче навантаження медичних сестер, цілодобовий режим роботи з обов'язковими чергуваннями, очікування ускладнень в стані здоров'я хворих, що вимагають високої функціональної активності організму медичної сестри.

2. Найвищий рівень емоційного виснаження серед обстежених мають від 8 до 13 % обстежених працівників; половина опитуваних вже мають ознаки емоційного вигорання, які продовжують розвиватися та цілком ймовірно можуть досягнути найвищого ступеню..

3. Встановлено сенситивність фахового стажу та фаз вигорання, зокрема у лікарів і медсестер це стаж від 15 до 20 років.

4. У групу з високим рівнем деперсоналізації потрапили працівники, які мають високий та середній рівень емоційного виснаження.

5. У групу з середнім рівнем потрапили працівники, які мають професійний стаж до 15 років, у групу з низьким – до 5 років стажу. Найбільший процент СПВ відмічається у респондентів з медичним стажем від 15 років і вище, найвищий рівень деперсоналізації визначається у респондентів старших 50 років, що мають виробничий стаж вище 20 років.

## АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Виробниче навантаження медичних сестер, цілодобовий режим роботи з обов'язковими чергуваннями, очікування ускладнень в стані здоров'я хворих вимагають високої функціональної активності організму медичної сестри і можуть бути кваліфіковані як провідні патогенні професійні чинники. Крім того, обтяжуючий вплив на здоров'я працюючих надає контакт з хронічними хворими, коли медичний працівник не бачить позитивних результатів своїх зусиль з порятунку хворого і нерідко відчуває власне безсилля. У результаті часто розвиваються церебральні порушення в формі неврозу, сомато-вісцеральні порушення у вигляді гіпертензії, стенокардії, виразкових уражень шлунково-кишкового тракту [56].

Опрацювання результатів даного дослідження засвідчило, що серед вибірки медсестер професійне вигорання виражено яскравіше, ніж у лікарів. Також медсестри менш адаптивно використовують копінг-стратегії прийняття відповідальності та позитивної переоцінки. Загалом у молодшого медичного персоналу також нижчий рівень емоційного інтелекту. На підґрунті співставлення фахового стажу та фаз вигорання встановлено його сенситивність для формування вигорання, зокрема у лікарів і медсестер це стаж від 15 до 20 років. Засвідчено, що зростання рівня професійного вигорання провокує посилення цінності власного здоров'я медиків, а також зниження значення професійного зростання в обох професійних групах. Перспективи подальших досліджень є на теперішній час дуже актуальними у більш детальному вивченні впливу як особистісних характеристик (гендерні особливості, вік, переживання криз професійного розвитку тощо), так факторів зовнішнього впливу на особливості переживання професійного вигорання медичних працівників які мають різноманітні прояви синдрому «професійного вигорання» і

потребують подальшої серйозної та планомірної соціально-психологічної роботи з їх попередження та профілактики, що є необхідним для удосконалення їх професійної діяльності не тільки у психіатричних та наркологічних закладах, а, взагалі у галузі.

За результатами спостережень і проведеного дослідження, встановлено, що найвищий рівень емоційного виснаження мають від 8 до 13 % обстежених працівників. Також тривожить те, що половина опитуваних вже мають ознаки емоційного вигорання, які продовжують розвиватися та цілком ймовірно можуть досягнути найвищого ступеню. Ця складова розглядається як основна для емоційного вигорання та характеризується заниженим емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням. Як бачимо, дані не дуже відрізняються, що підтверджує якість дослідження.

Досліджено, що у групу з високим рівнем деперсоналізації потрапили працівники, які мають високий та середній рівень емоційного виснаження. Це може проявлятися у погіршенні стосунків з колегами по роботі, відсутності бажання спілкуватися з пацієнтами. У багатьох випадках спостерігається зростання негативізму, цинічності стосовно інших оточуючих. А, враховуючи, що спілкування в психіатрії та наркології є дуже важливою складовою для успішного лікування та довгих ремісій – якість надання медичної допомоги значно знижується.

Високий рівень редукції особистих досягнень мають – від 20 % і 26% медичних працівників. Такі працівники, що мають високий рівень показників, негативно оцінюють себе, свої професійні досягнення та успіхи, спостерігається негативізм щодо службової гідності, обмеження своїх можливостей, обов'язків щодо інших, іноді відверте ігнорування професійних обов'язків. Тому можна зробити висновок, що якщо у досліджуваного високий рівень емоційного виснаження, то і деперсоналізація, і редукція особистих досягнень буде високого рівня. Якщо досліджуваний має середній рівень емоційного виснаження, то



деперсоналізація і редукція особистих досягнень може бути середнього або високого рівня. Якщо ж досліджуваний має низький рівень емоційного виснаження, то і деперсоналізація, і редукція особистих досягнень буде низького або середнього рівня. Аналізуючи відповіді на даний опитувальник, відзначено, що, особливо середній медичний персонал, незважаючи на високі показники виснаження та деперсоналізації, намагався не допустити повної байдужості і нівелювання своїх обов'язків.

У групу з середнім рівнем потрапили працівники, які мають професійний стаж до 15 років, у групу з високим рівнем - 15-20 років і вище, у групу з низьким – до 5 років стажу. Найбільший процент СПВ відмічається у респондентів з медичним стажем від 15 років і вище, найвищий рівень деперсоналізації визначається у респондентів старших 50 років, що мають виробничий стаж вище 20 років.

Встановлено, що чоловікам більш притаманний високий рівень деперсоналізації, а жінки більш схильні до емоційного виснаження.

Цікаво, що аналізуючи відповіді на ці два опитувальника, неважко було виокремити відверті відповіді та деяку нещирість респондентів. Якщо в першому варіанті багато медичних працівників намагалися приховати свої проблеми і відповідали з бажанням прикрасити або применшити існуючі проблеми, то в другому варіанті, несвідомо відповідали на питання більш щиро та відверто. За цими опитувальниками - до 24 % респондентів мають високі показники виснаження та всі ознаки синдрому вигорання. 17,9% - визнають прояви відвертої байдужості до своїх професійних обов'язків, 21% медичних працівників не мають жодних планів на майбутнє.

Для здорової психіки характерне позитивний емоційний стан. Саме емоційний стан чинить потужний вплив на психічне здоров'я і є його надійним індикатором, тому негативний емоційний стан - показник погіршення психічного здоров'я і здоров'я в цілому.

Як не дивно, але у співробітників психіатричних та наркологічних закладів більше можливості реалізувати ці інструменти та методики. Бо серед лікарів багато обізнаних професіоналів, що володіють технікою аутотренінгу, масажу, дже-дзю- та голкорексфлексотерапією, бісугестивною терапією, навіть технікою навіювання. Для них реально – звернутися до спеціаліста і отримати детальну інструкцію, а іноді і майстер-клас. В усіх закладах працюють кваліфіковані психологи, які можуть, якщо не взяти на себе вирішення проблеми професійного вигорання, так , хоча б, запропонувати дієві і нагальні заходи як індивідуальні так і колективні. При бесідах з медичними сестрами, вони неодноразово наголошували, що робота психолога була дуже продуктивною (десь раз на місяць), емоційно вони почували себе краще та легше справлялися з професійним навантаженням. Але через медичну реформу та зменшення фінансування, були скорочені у штаті посади психологів. Якщо до реформи в КП «Гейківська багатопрофільна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР», працювало 4 психолога, то зараз – 2.

«Вигорілим» співробітникам необхідна повне перезавантаження. Психологи пропонують взяти на озброєння перевірений план дій, що включає безпосередні методи боротьби з синдромом [65]:

1. Аналіз невідповідності очікувань і реальності. Розпишіть на папері уявлення про ідеальну роботу і наявні факти, розбивши пункти по окремим колонок. Виявлені відмінності - привід для роздумів, опрацювання, змін.

2. Техніки релаксації. Вивчіть і застосовуйте на практиці спеціальні вправи, що знімають емоційну напругу. Займіться, наприклад, йогою, надаючи організму можливість повністю розслабитися.

3. Кадрова перестановка. Надмірне спілкування є головним поштовхом до професійного вигорання. У групі ризику - скромні, сором'язливі особистості. При надлишку комунікацій з «важкими» пацієнтами, спробуйте поміняти дислокацію. Перейдіть на більш пасивну посаду, яка передбачає роботу з технікою, документацією.

4. Дауншифтинг. Візьміть тайм-аут. Займіться надихаючим і творчою справою, тимчасово відклавши основну роботу. Книги, рукоділля, малювання, полювання, рибалка - улюблені заняття допоможуть очистити свідомість, провести самоаналіз і зробити відповідні висновки.

5. Допомога фахівця. При відсутності результату від запропонованих методів варто звернутися до професіонала.

Запобігти розвитку вигорання набагато простіше, ніж вирішувати вже сформовану та занедбану проблему. Звідси випливає, що основною метою управлінської та психологічної служби є превентивна система дій, направлених на забезпечення індивідуального підходу до кожного медичного працівника, гармонізація середовища та підтримка оптимізму і благополучного психологічного клімату у колективі. Це відповідає завданням психопрофілактики. Але самі медики, тим більш які працюють у психіатричній сфері, дуже рідко звертаються до психологів закладів для вирішення особистих проблем, навіть пов'язаних з професійною діяльністю. Серед причин цього явища слід виділити: невіру медичного персоналу у професіоналізмі психолога та збереження таємниці, надмірна впевненість у власних силах, залежність від оцінок оточення, брак часу, невірні життєві пріоритети.

Профілактичні заходи, що упереджують професійне емоційне вигорання, передбачають особистісно-орієнтовані підходи, спрямовані на покращення здатності особистості протидіяти стресу через зміну своєї поведінки, стосунків. Зокрема, це постійна внутрішня робота над собою, переосмислення поведінки, рефлексія емоційних станів, активний відпочинок, опанування методів саморегуляції. Також існує потреба у проведенні таких заходів, як просвітницька робота щодо сутності та наслідків професійної деформації, створення сприятливого психологічного клімату в колективі, проведення групових тренінгів, реалізація антистресових програм. Концепція поведінкових профілактичних заходів фокусується на первинній профілактиці, такій як: – засвоєння навичок

боротьби зі стресом; – навчання технікам релаксації (прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, самонавіювання, медитація); – вміння розділити з пацієнтом відповідальність за результат, вміння сказати «ні» [66]. Таким чином, можна говорити про те, що проведення комплексу заходів, спрямованих на профілактику, а за необхідності – й на боротьбу з проявами синдрому професійного вигорання, може бути корисним не лише для підвищення ефективності професійної діяльності медичних працівників, а й для гармонізації їхньої особистості та, як наслідок, забезпечення сприятливої атмосфери у лікарнях та інших медичних закладах. Вивчення причин проявів професійного вигорання у медичних працівників і його наслідків привертає все більше уваги науковців, оскільки правильна, своєчасна діагностика, корекція і профілактика розвитку «вигорання» можуть допомогти у припиненні процесу «вигорання» або попередити його виникнення, зберігаючи лікаря і медсестру як здорову особистість і ефективного професіонала. Профілактика та психокорекція синдрому емоційного вигорання здійснює позитивний вплив на професійну діяльність медичного працівника в цілому.

Особисте душевне благополуччя людини значною мірою залежить від того, як вона керує своїми почуттями, думками та поведінкою. Психологічна саморегуляція не змінює навколишній світ людини, але змінює та організовує саму людину в потрібному їй напрямку. Адже відомо, що вплив будь-якої події на людину залежить не стільки від характеру самої події, скільки від глибини її переживання. Сильний інтелект, толерантність, духовна витривалість у досконалому володінні своїми емоціями, настроями та вчинками — всі ці якості не допускають схильності до синдрому вигорання. Якщо психологічної енергії у людини достатньо і духовна витривалість висока, то на неї не діють дрібні казуси та непорозуміння, при яких люди зі слабкою духовністю та слабким психічним здоров'ям виходять із рівноваги.

Сучасними психологами та лікарями розроблено чимало технік, прийомів та програм психологічної саморегуляції, більш детальне та обширне описання яких неможливе у межах однієї роботи. До них належать техніки аутотренінгу, програми особистісного розвитку, психотерапевтичні методи (арт-терапія, музикотерапія тощо) та безліч іншого. Але які б техніки не застосовувала людина, все починається з почуття відповідальності за свою долю та прагнення до змін на краще шляхом керування собою та власним життям.

## ВИСНОВКИ

1. У магістерській роботі визначено та проаналізовано теоретичні підходи до особливостей зовнішніх та внутрішніх чинників емоційного і професійного вигорання медичних працівників психіатричних закладів; розглянуто комплекс методик, спрямованих на вивчення психологічних чинників у даної категорії працюючих; підібрано профілактичні заходи та особистісні рекомендації щодо подолання професійного вигорання у медичних працівників.

2. Результати проведеного емпіричного дослідження дозволили зробити висновки про те, що медичні працівники, особливо медичні сестри та брати мають різноманітні прояви синдрому «професійного вигорання» і потребують подальшої серйозної та планомірної соціально-психологічної роботи з метою їх попередження та профілактики, що є необхідним для оптимізації їх професійної діяльності

3. Найбільш сформовані та репрезентовані такі симптоми синдрому професійного вигорання, як неадекватне емоційне реагування (24%), редукція професійних обов'язків (21%), переживання психотравмуючих обставин (65 %), тривоги та депресії (50%).

4. На виникнення проявів синдрому професійного вигорання впливає величина медичного стажу та вік медичних працівників. Так у медиків молодшого віку (20-25 р.) та у тих, які мають стаж до 10 років, симптоми професійного «вигорання» не сформовані або не достатньо сформовані. Майже у всіх працівників більше або менше сформований симптом «редукція професійних обов'язків» – спроба полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних втрат.

5. Більшість медичних працівників, що працюють в Гейківській психіатричній лікарні, мають середній рівень емоційного виснаження (54% та 51% відповідно), середній рівень деперсоналізації (74 % та 63,1%), середній рівень редукції особистих досягнень (38 % та 36%). У групу з

високим рівнем емоційного вигорання потрапили працівники, які мають професійний стаж від 20 років, у групу з середнім рівнем 10-20 років, у групу з низьким – до 5 років стажу.

6. Для поглиблення знань і досвіду при розвитку синдрому вигорання у середнього медичного персоналу обґрунтованою є доцільність включити освітні компоненти «Елементи психічного здоров'я медичних працівників» і «Практичні методи допомоги та самопомоги при синдромі професійного вигорання» в освітні навчальні програми для медсестер.

7. Середній медичний персонал, який працює в психіатричній лікарні, особливо в період пандемії та економічних зрушень, також потребує психологічного супроводу, надто якщо праця пов'язана з відповідним контингентом хворих. Медичні сестри повинні знати ознаки появи синдрому емоційного та професійного вигорання, а також методи надання психологічної допомоги і самопомоги, тому рекомендується включити в освітню програму для медсестер-магістрів курс за вибором «Екстрена та планова психологічна допомога».

8. Існування більшості проблем й труднощів праці медиків, як професії системи «людина-людина», підтвердились у результаті індивідуальних бесід з середнім медичним персоналом, у ході яких враховувалося, що якість отриманої інформації залежить від ступеня встановленого контакту.

9. Для оптимізації роботи медичних сестер психіатричної лікарні вивчено психологічні, соціальні та економічні фактори впливу на СПВ; обґрунтовано доцільність застосування тренінгових методик з метою попередження розвитку та зменшення проявів синдрому вигорання у медичних працівників в психіатрії.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Для оптимізації професійних знань медичних сестер у напрямку медичної допомоги в психіатричних лікарнях, особливо в період глобальної епідеміологічної кризи, рекомендується включити освітні компоненти «Елементи психічного здоров'я медичних працівників» і «Практичні методи допомоги та самопомоги при синдромі професійного вигорання» в освітні навчальні програми для медсестер.

Рекомендується підвищувати рівень знань медичних сестер, які займаються професійною діяльністю в психіатричних лікарнях, у неформальній освіті шляхом проходження курсів, вебінарів та онлайн-стажувань у напрямку медичної допомоги.



## Список літератури

<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14>

1. Вдовина Д. М. Синдром «емоціонального вигорання» и конфликтное поведение в профессиональной деятельности медицинских сестер / Д. М. Вдовина // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, № 11. – С. 137.
2. Миргород Н. В. Синдром профессионального вигорання у медичинських сестер / Н. В. Миргород // Головна медична сестра: спеціалізоване видання для головних медичних сестер. – 2013. – № 4. – С. 20.
3. Шатило В. Й. Синдром емоційного вигорання в професії медичної сестри / В. Й. Шатило, А. А. Мельник // Головна медична сестра: спеціалізоване видання для головних медичних сестер. – 2012. – № 12. – С. 41.
4. Касьянова А. Ю. Особливості професійного вигорання медичного персоналу, який працює з пацієнтами з вродженими вадами серця / А. Ю. Касьянова // Медична психологія. – 2015. – № 2. – С. 23–26.
5. Дудяк В. Емоційне вигорання / В. Дудяк. – К. : Главник, 2007. – 126 с.
6. Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического вигорання у медичинських работников: дисс. ...канд.психол. наук. – Ярославль, 2004. – С. 85.
7. 2. Борисова М.В. Психологические детерминанты феномена емоціонального вигорання у педагогов // Вопр. психологии. – 2005; 2: 96–103.
8. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром вигорання: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
9. Засаева И.В. Влияние профессиональных деформаций и емоціонального вигорання на деятельность медицинских сестер. Роль руководителей сестринских служб в профилактике этих состояний // Высшее сестринское образование в системе Российского здравоохранения. Материалы научно-практической конференции (27–30 ноября 2007 г.). – Ульяновский государственный университет, 2007. – 112 с.
10. Орел В.Е. Феномен «вигорання» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Журн. практической психологии и психоанализа. – 2001; 3: 16–21.

11. Робертс Г.А. Профилактика выгорания // Вопр. общей психиатрии. – 1998; 1: 39–46.
12. охорони здоров'я [Текст] / Л. Андрушко, Г. Івашко // Журнал головної медичної сестри. - 2014. - N 1. - С. 18-25
13. Беденко-Зваридчук, О. Проблеми безпеки та охорони праці медичної сестри [Текст] /О. Беденко-Зваридчук // Журнал головної медичної сестри: спеціалізоване видання. - 2013. - N 4. - С.16-25; N 5. - С. 18-26
14. Булах, В. П. Синдром професійного вигорання як складний психофізіологічний феномен [Текст] / В. П. Булах // Медсестринство: науково-практичний журнал. - 2015. - N 4. - С. 47-51
15. Булах, В. П. Синдром професійного вигорання медпрацівників: більший стаж роботи, більші ризики [Текст] / В. П. Булах // Медсестринство: науково-практичний журнал. - 2015. - N3. - С. 52-56
16. Варивончик, Д. В. Канцерогенна небезпека галузі охорони здоров'я, як причина захворювання на професійний рак [Текст] / Д. В. Варивончик, В. І. Шевченко // Головна медична сестра. - 2013. - N 12. - С. 22
17. Великанова, Л. П. Динамические характеристики синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала [Электронный ресурс] / Л. П. Великанова, Н.П. Потапова // Медицинская сестра. - 2014. - N 6. - С. 22-25.
18. Вплив стресу на показники варіабельності серцевого ритму в співробітників виїзного персоналу швидкої медичної допомоги / Б. М. Голдовський [та ін.] // Медицина неотложных состояний. - 2015. - N 8. - С. 92-95.
19. Гаазова, О. А. Стрессы и дистрессы в работе операционной сестры /О.А.Гаазова // Головна медична сестра: спеціалізоване видання для головних медичних сестер. - 2014. - N 1. - С. 55-56.
20. Горачук, В. В. Професійні ризики сучасної медичної діяльності (огляд літератури) / В.В. Горачук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2008. - N2. - С. 40-43.
21. Городовіченко, В. М. Емоційне вигорання - плата за співчуття /В.М.Городовіченко // Медсестринство: науково-практичний журнал. - 2013. - N 3. - С. 30-33.
22. Губенко, І. Я. Психологічна готовність сімейних медичних сестер до роботи з пацієнтами в кризових станах / І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко // Сімейна медицина. - 2005. - N3. - С. 102-103.

23. Доан, С. Розроблюємо алгоритми дій медичних сестер на випадок контакту з кров'ю пацієнта / С.Доан // Довідник головної медичної сестри: щомісячний журнал з медсестринства. - 2016. - N 11. - С. 50-59
24. Жепко В. П. Особливості посттравматичних стресових розладів у медичних сестер [Електронний ресурс] / В. П. Жепко, В. З. Свиридюк // Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні: матеріали щорічної Всеукр. наук.-практ. конфер. за міжнарод. участю (Київ, 23 березня 2016). - Електрон. Текстові дані. - Київ, 2016. - С. 67-72.
25. Исаева, Р. Н. Стресс и нервное истощение у медсестер и акушерок /Р.Н.Исаева // Медицинская сестра : науч.-практ. и публицист. журн. - 2007. - N7. - С. 35-36.
26. Канюка, Г. С. Стрес у роботі керівників середнього медичного персоналу. Технологія боротьби зі стресом / Г.С. Канюка // Головна медична сестра: спеціалізоване інформаційне видання. - 2008. - N1. - С. 19-22.
27. Карамушка, Л. М. Психологічні особливості професійного стресу у працівників медичних установ / Л.М. Карамушка, О. О. Раковчена // Главный врач: специализир. информ. изд. - 2009. - N 12. - С. 70-73.
28. Карпенко, И. В. Неблагоприятные профессиональные факторы /И.В.Карпенко, Э. А. Шептак, В.Г. Чубайко // Медицинская сестра. - 2013. - N 5. - С. 8-9.
29. Каспрук, Л. И. О профилактике стрессовых расстройств у средних медицинских работников / Л.И. Каспрук // Медицинская помощь: науч.-практ. журн. - 2007. - N4. - С.52-53.
30. Кипарисова, Е. С. Характеристика эмоционального стресса в медицинской практике / Е.С. Кипарисова, Ю.В. Лепаев // Клиническая неврология. - 2011. - N1. - С. 18-20.
31. Кирильчук, О. Професійне вигорання медичних працівників: розуміємо причини та шукаємо виходи / О. Кирильчук // Управління закладом охорони здоров'я. - 2011. - N 5. - С. 11-20.
32. Крячкова, Л. В. Управління стресами / Л. В. Крячкова // Головна медична сестра. - 2008. - N 10. - С. 43-50.
33. Литвинюк, В. В. Синдром емоційного вигорання - один із психологічних чинників негативного впливу на здоров'я медичної сестри / В. В. Литвинюк, О. В. Лотоцька //Медсестринство. - 2016. - N 2. - С. 49-53.
34. Ляшок, О. М. Психологічна безпека медичного працівника. Синдром професійного вигорання / О.М. Ляшок // Медсестринство: науково-практичний журнал. - 2016. - N 3. - С. 23-25.

35. Масляков, В. В. Конфликты и стрессы в среде сестринского персонала /В.В.Масляков, В. А. Левина, Э. Е. Кузнецова // Медицинская сестра: науч.-практ. И публицист. журн. - 2011. - N 8. - С. 42-44.
36. Насыбуллина, Н. М. Стресс и как с ним бороться / Н.М. Насыбуллина //Медицинская сестра.- 2005. - №6.- С.43.
37. Пузин, М. Н. Применение биологической обратной связи в комплексной терапии профессионального стресса / М.Н. Пузин, Ю. В. Лепаев // Клиническая неврология. - 2011. - N 1. - С. 25-26.
38. Розробка стратегій профілактики професійного стресу на підставі аналізу емоційного вигорання середнього медичного персоналу / Л.В. Крячкова [та ін.] //Головна медична сестра. - 2009. - N 12. - С.30-38.
39. Саблина, Т. А. Синдром профессионального выгорания средних медицинских работников / Т. А. Саблина, Т. В. Бутенко // Медицинская сестра: науч.-практ. и публицист. журн. - 2011. - N 2. - С. 22-25.
40. Смирнова, О. Ю. Терапия и профилактика синдрома эмоционального выгорания / О. Ю. Смирнова, А. В. Худяков // Медицинская сестра: науч.-практ. и публицист. журн. - 2011. - N 7. - С. 36-40.
41. Тренінги комунікативності і асертивності як способи попередження професійного вигорання медичного персоналу та підвищення якості надання медичної допомоги населенню / В.С. Потаскалова [та ін.] // Сімейна медицина. - 2015. - N 3. - С. 71-73.
42. Третьяков, Н. В. Синдром эмоционального выгорания [Электронный ресурс] /Н.В.Третьяков, А. Е. Крюков, В. П. Сверчкова // Медицинская сестра : науч.-практ. И публицист. журн. - 2014. - N 4. - С. 12-14.
43. Федик, Т. Професійний стрес / Тетяна Федик // Медична сестра: професійне видання для медичної сестри, акушерки та фельдшера. Додаток до газети "Сімейний лікар+". - 2006. - N2. - С. 34-35.
44. Чуваков, Г. И. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер лечебно-профилактических учреждений / Г.И. Чуваков, О.А. Чувакова, С.М.Андреева // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2007. - N3. - С. 65-68.
45. Шельгин, А. С. Особенности психоэмоционального статуса у женщин – медицинских работников с соматической заболеваемостью / А. С. Шельгин // Здоровье женщины. - 2012. - N 7. - С. 163-164.
46. Абрамова Г. С. Психология в медицине / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. –М.: Наука, 1998. – 272 с.

47. Малец Л. Внимание: “выгорание” / Л. Малец // Персонал. – 2000. – № 2. – С. 99–102.
48. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются: практикум по соц. психологии / К. Маслач. – СПб.: Питер, 2001. – 528 с.
49. Аймедов К. В. Синдром емоційного вигорання у лікарів-хірургів в залежності від професійного стажу / К. В. Аймедов // Психічне здоров'я. – 2015. – № 1 (46). – С. 7–9.
50. Шатило В. Й. Синдром емоційного вигорання в професії медичної сестри / В. Й. Шатило, А. А. Мельник // Головна медична сестра: спеціалізоване видання для головних медичних сестер. – 2012. – № 12. – С. 41.
51. Action collaborative on clinician well-being and resilience [Electronic resource] / National Academy of Medicine. 2017. – Access mode: <http://nam.edu/initiatives/clinician-resilience-and-well-being>.
52. Papovic S. Professional burnout syndrome / S. Papovi // *Materia Socio Medica*. – 2019. – Vol. 21, No. 4. – P. 213–215.
53. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – С. 357–360. Ковальзон В. М. Стресс, сон и нейпропептиды / В. М. Ковальзон // *Природа*. – 1999. – № 5. – С. 37–41.
54. Башкірова Л. О. Сучасні підходи до медикаментозного лікування хворих із вегето-судинними пароксизмами / Л. О. Башкірова // *Мистецтво лікування*. – 2005. – № 11. – С. 34–39.
55. Пінчук В. Сестри милосердя вчора, нині і завтра / В. Пінчук // *Новости медицины и фармации*. – 2013. – № 466. – С. 15.
56. По матеріалам доклада ВОЗ Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств // *Головна медична сестра*. – 2006. – №3. – С. 33–38.
57. Пшеникова М. Г. Роль генетических особенностей организма в устойчивости к повреждающим воздействиям и в защитных эффектах

адаптації / М. Г. Пшеникова // Пат. фізіол. і експерим. терапія. – 2011. – №4. – С. 7–16.

58. Волкова М. М. Некоторые аспекты подготовки медсестер в области профилактической медицины / М. М. Волкова, С. Р. Волков // Медицинская сестра. – 2003. – №2. – С. 36, 37.

59. Волкова М. М. О роли сестринского персонала в профилактической медицине / М. М. Волкова, С. Р. Волков // Медицинская сестра. – 2003. – № 2. – С. 37, 38.

60. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології - 2015. - № 1. - С. 5—11.

61. Закусилова Т. О. Теоретичні засади формування у майбутніх медичних сестер професійної культури як складника професіоналізму / Т. О. Закусилова // Педагогіка і психологія професійної освіти. - Львів, 2016. - № 3. - С. 63–69.

62. Марущак М. І. Компетентнісний підхід до навчання студентів у закладах вищої освіти медичного спрямування / М. І. Марущак, І. Я. Криницька, І. В. Антонишин // Вісник Черкаського університету. - 2018. - № 6. - С. 92-96.

63. Основи загальної і медичної психології/За ред. І.С. Вітенка і О.С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.

64. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И.Сергеев. О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

65. Сидоров П.И. Введение в клиническую психологию: Т. II.: Учебник для студентов медицинских вузов / П.И. Сидоров, А.В. Парников. – М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 381 с.

66. Михальська Ю.А. Особливості психології обходження з хворими медичного персоналу / Ю.А. Михальська // Збірник наукових

праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. – 2013. – Вип. 19. – С. 434-443.

67. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство/ В.Д. Менделевич. – 4-е изд. – М.: «МЕДпресс», 2002. – 592 с.

68. Кміть І.В. Мотивація професійного вибору медичних сестер: [Електронний ресурс] / І.В. Кміть. Режим доступу: [http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Vchdpu/2009\\_74\\_1/44.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vchdpu/2009_74_1/44.pdf) //

## Додаток 1

**Опитувальник для медичних працівників (розроблений Н. Є. Водоп'яною, О. С. Старченковою на основі моделі К. Маслач та С. Джексон)**

1. Я почуваю себе емоційно спустошеним(ою) , без яскравих емоцій та почуттів. 1 2 3 4 5 6
2. До кінця робочого дня я почуваю себе як вичавлений лимон. 1 2 3 4 5 6
3. Вранці у робочі дні у мене поганий настрій, я рахую дні та години до вихідних. 1 2 3 4 5 6
4. Я добре розумію, що відчувають мої пацієнти і використовую це для більш ефективного лікування. 1 2 3 4 5 6
5. Я спілкуюсь з моїми пацієнтами (хворими) лише формально, без зайвих емоцій і намагаюсь звести час спілкування з ними до мінімуму. 1 2 3 4 5 6
6. Я почуваю себе енергійним(ною) та емоційно натхненним(ною). 1 2 3 4 5 6
7. Я вмію знаходити правильне рішення в складних ситуаціях з пацієнтами та колегами. 1 2 3 4 5 6
8. Я незадоволений(на) і відчуваю втрату інтересу до робочого процесу. 1 2 3 4 5 6
9. Я можу позитивно впливати на самопочуття та настрої пацієнтів (хворих). 1 2 3 4 5 6
10. Останнім часом я намагаюсь бути більш відстороненим(ною) та бездушним(ною) по відношенню до тих, з ким мені доводиться працювати. 1 2 3 4 5 6
11. Як правило, люди, що мене оточують, дуже багато вимагають від мене. Вони швидше стомлюють ніж тішать мене. 1 2 3 4 5 6
12. Я працюю із задоволенням, і у мене достатньо планів на майбутнє, що пов'язані з моїм професійним розвитком. Я вірю в те, що вони реалізуються. 1 2 3 4 5 6
13. Я відчуваю все більш життєвих розчарувань. 1 2 3 4 5 6
14. Я відчуваю байдужість та втрату інтересу до багатьох речей, що тішило мене раніш. 1 2 3 4 5 6
15. Я намагаюсь емоційно не реагувати на «складних» (конфліктних) пацієнтів. 1 2 3 4 5 6
16. Я прагну усамітнитись та відпочити від усього та усіх. 1 2 3 4 5 6



17. Я легко можу створювати атмосферу доброзичливості та оптимізму у відносинах між моїми колегами та моїм пацієнтами. 1 2 3 4 5 6
18. Я легко спілкуюсь між пацієнтами та їх родичами незалежно від їх соціального статусу та характеру. 1 2 3 4 5 6
19. Я багато встигаю зробити упродовж дня. 1 2 3 4 5 6
20. Я відчуваю себе на межі можливостей. 1 2 3 4 5 6
21. Я зможу ще багато чого досягти у своєму житті. 1 2 3 4 5 6
22. Я віддаю іншим людям більш уваги та турботи, ніж отримую від них у відповідь вдячності та подяки. 1 2 3 4 5 6

Ключ до опитувальника:

Субшкала	Номер твердження	Максимальна сума балів
Емоційне виснаження	1,2,3,6,8,13,14,16,20	54
Деперсоналізація	5,10,11,15,22	30
Редукція професійної діяльності	4,7,9,12,17,18,19,21	48

**Методика дослідження професійного вигорання  
(розроблена К. Маслач )**

	<b>Ніколи (0 балів)</b>	<b>Дуже рідко (1 бал)</b>	<b>Рідко (2 бали)</b>	<b>Інколи (3 бали)</b>	<b>Часто (4 бали)</b>	<b>Дуже часто (5 балів)</b>	<b>Щодня (6 балів)</b>
<b>Шкала емоційного виснаження</b>							
Я відчуваю емоційну виснаженість							
Під кінець робочого дня я почуваюсь як вичавлений лимон							
Я відчуваю втому , коли зранку прокидаюсь і маю йти на роботу							
Я відчуваю пригніченість та апатію							
Я відчуваю все більше життєвих розачарувань							
Я відчуваю байдужість і втрату до того , що раніше приносило мені радість							
Я хочу усамітнитись та відпочити від усього та усіх							
Я відчуваю себе на межі можливостей							
<b>Шкала деперсоналізації</b>							
Я спілкуюся зі своїми пацієнтами тільки формально, без зайвих емоцій і прагну звести час спілкування з ними до мінімуму							
Останнім часом я не відчуваю жодних емоцій та співчуття до хворих							
Я відчуваю, що люди , які мене оточують, багато вимагають від мене. Вони більше							

стомлюють, аніж тішать мене							
Іноді мені байдуже, що відбувається з деяким моїми хворими							
Пацієнти, як правило, - невдячні люди							
<b>Шкала редукції професійної діяльності</b>							
Я добре розумію, що відчувають мої пацієнти, і використовую це для більш успішного лікування							
Я вмію знаходити правильне рішення у конфліктних ситуаціях з пацієнтами та їх родичами							
Я можу позитивно впливати на самопочуття і настрої хворих							
Маю багато планів на майбутнє та вірю в їх реалізацію							
Я легко можу створити атмосферу доброзичливості та оптимізму під час комунікації з колегами та пацієнтами							
Я легко спілкуюся з хворими та їхніми родичами незалежно від їх соціального статусу та характеру							
Я встигаю виконати багато справ упродовж дня							
Я зможу ще багато чого досягти у своєму житті							