

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Павлів Тарас Богданович

На правах рукопису

УДК: 616.8-008.64:614.253.1/5:616-083.98

Магістерська робота

**ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТРЕНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

спеціальність 229 «Громадське здоров'я»

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор кафедри
громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Тернопільського національного
медичного університету
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
Теренда Н.О.

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ – ОДНА З НЕВИРІШЕНИХ ПРОБЛЕМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1 Поняття професійного вигорання	8
1.2. Професійне вигорання у працівників системи охорони здоров'я	18
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	34
РОЗДІЛ 3 ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	43
3.1 Наявність та рівень вираженості професійного вигорання у медичних працівників екстреної медичної допомоги м. Львів та Львівської області..	43
3.2 Вплив професійного вигорання на якість надання медичної допомоги працівниками екстреної медичної допомоги	59
3.3. Рекомендації для профілактики та корекції професійного вигорання	63
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЕМД	Екстрена медична допомога
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний стиль життя відзначається мультифункціональним впливом на всі сфери життя та здоров'я. Особливо це твердження актуальне в час пандемії COVID-19, коли значно зросло фізичне та психологічне навантаження на медичних працівників. Однією із важливих складових здоров'я є психічне здоров'я. Воно забезпечується самооцінкою індивідуума, впливом оточення, сім'ї, відносинами в трудовому колективі. Останнім часом зростають вимоги до психологічних ресурсів людини, які пов'язані з соціально-економічною нестабільністю в країні, військовим конфліктом на сході нашої країни. Це зумовлює зростання масових специфічних соціально-психологічних явищ, в тому числі і професійне вигорання.

Саме професійне вигорання є одним із інтегральних показників для оцінки впливу професійного стресу на працівника. Найчастіше професійне вигорання розвивається у працівників, які постійно комунікують з людьми. Сюди належить і робота медичних працівників екстреної медичної допомоги.

Термін «професійне вигорання» ввів американський психіатр Х. Дж. Фрейденбергер у 1974 році для характеристики психічного стану здорових людей, які інтенсивно спілкуються з клієнтами. Згодом теорію вивчили і розвинули низка повідних психологів. На даний час найкращим вважається підхід, запропонований американськими дослідниками К. Маслач і С. Джексон.

Від 25 до 75% медичних працівників у всьому світі стикаються з емоційним вигоранням різного ступеня тяжкості. Зокрема, за останні 5 років емоційне (професійне) вигорання серед лікарів США зросло із 45 до 54%. За даними англійських дослідників, серед лікарів виявляється високий рівень тривоги (41% випадків) і клінічно вираженої депресії (26% випадків). Окремі дослідження визначають рівень професійного вигорання у лікарів невідкладної допомоги на рівні 23,5 % (Федак Б.С., 2007). Водночас $\frac{1}{3}$ лікарів використовують медикаментозні засоби для корекції емоційного напруження, а кількість уживаного алкоголю лікарями перевищує середній рівень у загальній

популяції. Внутрішні та зовнішні фактори медичної професії можуть зумовити як психологічний дискомфорт у фахівця, так і зміну його ставлення до пацієнта, що проявляється станом виснаження (фізичного й емоційного), розвитком негативної самооцінки та ставленням до роботи, втратою розуміння та співчуття до пацієнтів [45]. Синдром професійного вигорання вважають індикатором порушення здоров'я працівників медичної галузі [11].

Синдром професійного вигорання у лікарів проявляється в зниженні зацікавленості в роботі, збільшенні витрати часу на встановлення діагнозу. Професійно втомлені лікарі можуть встановити неправильний діагноз, призначати неправильні методи лікування, затримуватися довше на роботі або ж раніше йти додому. У колективі це проявляється відособленістю від колег. З'являються шкідливі звички, що може мати погані наслідки не лише для медичного працівника, але і всього медичного закладу, оскільки він має доступ до різних лікарських засобів.

Медики щоденно зіштовхуються з проблемою низьких ресурсних можливостей державної системи охорони здоров'я, постійним впровадженням реформаторських змін та негідною оцінкою праці, які провокують виникнення у цих фахівців хронічного стресового стану. Висока стресогенність роботи лікарів пов'язана також із перенасиченням комунікативної сфери, в тому числі характером спілкування, високою відповідальністю та нездатністю в ряді випадків змінити несприятливий перебіг ходу речей. Небезпечним фактором також є те, що медичні працівники, які страждають від синдрому професійного вигорання, в домінуючій кількості не спостерігають його за собою, а отже не в змозі допомогти собі самостійно.

Мета – вивчити наявність та рівень професійного вигорання у працівників екстреної медичної допомоги м. Львів та Львівської області.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові джерела літератури з метою вивчення проблеми професійного вигорання як явища та оцінити ступінь його вивчення у медичних працівників різних спеціалізацій.

2. Проаналізувати наявність та рівень вираженості професійного вигорання у медичних працівників екстреної медичної допомоги м. Львів та Львівської області.

3. Розробити рекомендації для профілактики та корекції професійного вигорання у медичних працівників екстреної медичної допомоги.

Об'єкт дослідження – медичні працівники екстреної медичної допомоги.

Предмет дослідження – наявність та рівень вираженості професійного вигорання у медичних працівників екстреної медичної допомоги.

Для виконання поставлених завдань комплексно та окремо використано такі *методи дослідження*, як системний аналіз, бібліосемантичний, соціологічний, статистичний.

Наукова новизна. Автор вперше проаналізував наявність та рівень вираженості професійного вигорання у медичних працівників екстреної медичної допомоги м. Львів та Львівської області у період пандемії COVID-19.

Практичне значення одержаних результатів. На основі проведених досліджень було встановлено наявність та рівень вираженості професійного вигорання у медичних працівників екстреної медичної допомоги м. Львів та Львівської області, що зумовило розробку рекомендацій щодо профілактики та подолання професійного вигорання.

Апробація результатів роботи. Результати досліджень, що включені до магістерської роботи, оприлюднені на II міжнародному Україно-німецькому симпозіумі з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку».

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано 3 наукових праці, зокрема, 2 у фаховому науковому журналі «Вісник соціальної гігієни та

організації охорони здоров'я України» та 1 тези.

1. Теренда, Н. О., Павлів, Т. Б., Слободян, Н. О. (2021). Професійне вигорання працівників екстреної медичної допомоги (на прикладі Львівської області). // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2021. – № 1 (87). – С. 29–32.

2. Н.О. Теренда, Т.Б. Павлів, Теренда О.А. Професійне вигорання – одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2021. – № 2 (88).

3. Павлів Т.Б. Синдром професійного вигорання працівників сфери охорони здоров'я (короткий аналіз проблеми) // Матеріали II міжнародного Україно-німецького симпозіуму з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку». – Тернопіль, 2020. – С. 43-46.

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 74 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, списку використаної літератури. Робота містить 14 рисунків і 5 таблиць.

РОЗДІЛ 1. ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ – ОДНА З НЕВИРШЕНИХ ПРОБЛЕМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Поняття професійного вигорання

Термін «професійне вигорання» з'явився у психологічній літературі відносно недавно. Його ввів американський психіатр Х. Дж. Фрейденбергер для характеристики психічного стану здорових людей, які інтенсивно спілкуються з клієнтами, постійно перебувають в емоційно навантаженій атмосфері при виконанні професійних обов'язків [9].

Синдром емоційного вигорання – це синдром, що розвивається на тлі хронічного стресу і веде до виснаження емоційно-енергетичних і особистісних ресурсів працюючої людини [9]. Синдром емоційного вигорання виникає в будь-якій діяльності, що пов'язана з інтенсивним спілкуванням і контактами з людьми. Його розвиток поступово призводить до незворотних змін особистісної структури фахівця, що перешкоджає успішному здійсненню його професійної діяльності.

Як психологічний феномен, синдром професійного вигорання – набутий стереотип емоційної, частіше за все професійної, поведінки. Вигорання – частково функціональний стереотип, оскільки дозволяє людині дозувати і економно використовувати енергетичні ресурси. Також можливі дизфункціональні наслідки вигорання, які негативно впливають на виконання професійних ролей, професійну діяльність, психічне здоров'я та психологічне благополуччя особистості [34].

Перша відмінність між стресом і вигоранням приховується, перш за все, в тривалості процесу: вигорання – це тривалий, «розтягнений» у часі робочий стрес. Другою відмінністю є те, що стрес – це все-таки адаптивний синдром,

який мобілізує всі сторони психіки людини, а вигорання – це зрив в адаптації. Третьою відмінністю між стресом і вигоранням є ступінь їх розповсюдження. Стрес може відчувати кожен, а вигорання проявляється тільки в професійній діяльності. Четвертою відмінністю є те, що стрес не обов'язково може бути причиною вигорання. Відомо, що люди здатні прекрасно працювати в стресових умовах (наприклад, під час війни, стихійних лих, епідемій), якщо вважають, що їхня робота є важливою та значущою. І останньою відмінністю є те, що вигорання на відміну від стресу є феноменом незворотним: виникнувши в людини, він продовжує розвиватись, і можна тільки певним чином загальмувати цей процес [6].

Вигорання – це відповідь на хронічний емоційний стрес, що включає три компоненти: емоційне і / або фізичне виснаження; зниження робочої продуктивності; деперсоналізацію або дегуманізацію, міжособистісних відносин [40].

Відомі три підходи до визначення синдрому професійного вигорання і відповідні їм методи його оцінки: перший підхід розглядає професійне вигорання як стан фізичного, психічного і, передусім, емоційного виснаження, викликаного довготривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях спілкування; професійне вигорання тлумачиться тут приблизно як синдром «хронічної втоми»; другий підхід належить голландським дослідникам, які розглядають професійне вигорання як двовимірну модель, що складається, по-перше, з емоційного виснаження та, по-друге, – з деперсоналізації, тобто погіршення ставлення до інших (учнів, колег), а іноді й до себе; третій підхід, запропонований американськими дослідниками К. Маслач і С. Джексон, є найпоширенішим: вчені розглядають синдром професійного вигорання як трьох компонентну систему, котра складається з емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції власних особистісних прагнень; емоційне виснаження розглядається як основна складова професійного вигорання і проявляється у пониженні емоційного фону, байдужості або емоційній перенасиченості.

Деперсоналізація проявляється в деформації стосунків з іншими людьми. Це може бути підвищення залежності від інших, або підвищення негативізму, цинічності установок і почуттів. Редукція особистих досягнень може проявлятися або в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень і успіхів, негативізмі відносно службових досягнень і можливостей, або ж обмеженні своїх можливостей, обов'язків по відношенню до інших [19].

Існують такі визначення синдрому вигорання: – вироблений особистістю механізм психологічного захисту в формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на деякі психотравмуючі дії, набутий стереотип емоційної, здебільшого професійної поведінки.

Вигорання:

- частково функціональний стереотип, оскільки дає змогу людині дозувати й економно витратити енергетичні ресурси. Водночас, можуть виникати його дисфункціональні наслідки, коли вигорання негативно позначається на професійній діяльності (В. В. Бойко) [4];
- процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що проявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відстороненості та зниження задоволення від виконуваної роботи (П. Сидоров) [39];
- відповідна реакція на тривалі професійні стреси міжособистісних комунікацій, що вміщує три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція персональних досягнень (С. Maslach та S. Jackson) [52];
- фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується зниженням продуктивності праці, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також уживанням алкоголю чи інших психоактивних речовин із метою отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності. Цей синдром розцінюється як стресова реакція у відповідь на завищені

виробничі та емоційні вимоги, що характерні для людини, відданої своїй роботі (ВООЗ) [28].

Проаналізувавши різноманітні підходи до трактування сутності поняття «професійне вигорання» подаємо у таблиці 1.1 важливі характеристики, обґрунтовані різними вченими [8].

Таблиця 1.1

Групи симптомів, характерні для синдрому професійного вигорання

Фізичні симптоми	Стомленість, фізична втома, виснаження; зміна маси тіла (схуднення або збільшення маси тіла); недостатній сон, безсоння; незадовільний загальний стан здоров'я; важке дихання, задишка; нудота, запаморочення, надмірна пітливість, тремтіння тіла; артеріальна гіпертензія; виразки і запалення на шкірі та слизових оболонках, патологічні вияви хвороб серця та судин.
Емоційні симптоми	Нестача емоцій; песимізм, цинізм і черствість у роботі та особистому житті; байдужість, втома; відчуття безпомічності та безнадійності; агресивність, дратівливість; тривога, посилення ірраціонального неспокою; нездатність зосередитися; депресія, відчуття провини; істерики, душевні страждання; втрата ідеалів, надії або професійних перспектив; збільшення деперсоналізації своєї чи інших; люди стають «як манекени»; переважає відчуття самотності.
Інтелектуальні симптоми	Зниження інтересу до нових теорій та ідей у роботі, до альтернативних підходів у вирішенні проблем; нудьга, туга, апатія; втрата смаку та інтересу до життя; надання переваги стандартним шаблонам, схемам, рутині ніж креативно-творчому підходу; цинізм і байдужість до новин; недостатня участь чи відмова від участі у творчих експериментах – тренінгах, курсах; формалізм у виконанні роботи.
Поведінкові симптоми	Робочий час – понад 45 годин на тиждень; під час роботи з'являються втома і бажання відпочити; байдужість до їжі; недостатнє фізичне навантаження; виправдання вживання тютюну, алкоголю, ліків; нещасні випадки – падіння, травми, аварії тощо, імпульсивна емоційна поведінка
Соціальні симптоми	Низька соціальна активність; зниження інтересу до дозвілля, захоплень; соціальні контакти обмежуються роботою; байдужість у ставленні до співробітників та рідних; відчуття ізоляції, непорозуміння з іншими; відчуття нестачі підтримки з боку сім'ї, родичів, друзів.

К. Кондо пропонує розглядати професійне вигорання як стан дезадаптованості, що зумовлений інтенсивним міжособистісним спілкуванням і надмірними робочими навантаженнями [23].

Канадський вчений Г. Сельє порівнює професійне вигорання з третьою стадією загального адаптаційного синдрому – стадією виснаження [55].

Литовський психотерапевт Р. Кочюнас пропонує розглядати професійне вигорання як психофізіологічний феномен, перебіг якого супроводжується

фізичним, розумовим й емоційним виснаженням, що зумовлене тривалим емоційним навантаженням [23].

Нині синдром має спеціальний діагностичний статус у «Міжнародній класифікації хвороб»: «Z73 – проблеми, пов'язані з труднощами в управлінні власним життям» [57].

Л. Юр'єва розглядає синдром професійного вигорання як системний феномен, симптоми якого проявляються на чотирьох рівнях [16]:

- емоційний рівень (втрата почуття гумору; роздратованість, почуття образи, сум; стійкий депресивний фон настрою; відчуття некомпетентності в сімейному житті, почуття провини; апатія, пасивність);
- когнітивний рівень (труднощі в концентрації уваги; ригідність мислення; підозрілість до партнера; формальне та відчужене мислення; нав'язливі думки (зробити щось наперекір, помститися тощо));
- поведінковий рівень (ухилення від професійної діяльності; зменшення (згортання) кількості контактів із колегами, клієнтами; прагнення якомога менше часу витратити на виконання робочих обов'язків, стереотипна негнучка поведінка; девіантні форми поведінки (надмірне вживання алкоголю, тютюну чи наркотиків тощо));
- соматичний рівень (втома, млявість, порушення сну та інші соматичні порушення), коли вигорання супроводжується психологічним, емоційним, а інколи й фізичним відходом від активності у відповідь на надмірний стрес або незадоволеність.

На сьогодні Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає «синдром вигорання» як фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, вживання алкоголю або інших психоактивних речовин і суїцидальної поведінки [41].

Наразі існують декілька моделей емоційного вигорання:

1. Однофакторна модель (А. Pines та Е. Aronson) – в якій емоційне вигорання визначається як стан фізичного, емоційного та психічного

виснаження. Пусковим фактором така модель бачить тривале включення в ситуацію, яка виснажує емоційні ресурси організму. Виснаження є головним компонентом, а інші поведінкові прояви є наслідками [49].

2. Двофакторна модель (D. V. Dierendonck та W. B. Schaufeli) – в якій вигорання складається з виснаження (афективного компоненту) та деперсоналізації (когнітивного компоненту). Причиною тут вбачається невідповідність між очікуваннями та вимогами, які висуває професія [51].

3. Трьохфакторна модель (С. Maslach та S. Jackson) – в якій вигорання складається з емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції досягнень [47].

4. Чотирьохфакторна модель (В. Parman, Е. Hartman) – в якій вигорання складається з емоційного виснаження, деперсоналізації професійної діяльності, деперсоналізації суб'єктів професійної діяльності, редукція особистих досягнень. Емоційне вигорання тлумачиться як фізичний та психологічний дискомфорт [27].

В. В. Бойко виявив такі симптоми професійного вигорання, як: емоційний дефіцит, емоційне відчуження, особистісне відчуження (деперсоналізація), психосоматичні та психовегетативні порушення, та розробив власну «Методику діагностики рівня емоційного вигорання», яка дає змогу оцінити прояви синдрому за дванадцятьма основними симптомами, що зазвичай супроводжують три компоненти «професійного вигорання» [17]:

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

- переживання психотравмуючих обставин – людина сприймає умови роботи та професійні міжособистісні стосунки як психотравмуючі;
- незадоволеність собою – незадоволеність власною професійною діяльністю і собою як професіоналом;
- «загнаність у кут» – відчуття безвихідності ситуації, бажання змінити роботу чи професійну діяльність взагалі;

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

Другий компонент – «резистенція» – характеризується надмірним емоційним виснаженням, що провокує виникнення та розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою, байдужою. На такому тлі будь-яке емоційне залучення до професійних справ та комунікацій викликає у людини відчуття надмірної перевтоми. Це знаходить вияв у таких симптомах, як: неадекватне вибіркоче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків.

Третій компонент – «виснаження» – характеризується психофізичною перевтомою людини, спустошеністю, нівелюванням власних професійних досягнень, порушенням професійних комунікацій, розвитком цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися з робочих питань, розвитком психосоматичних порушень [7].

Характерною ознакою деперсоналізації, як ознаки синдрому, є поява особистісної відстороненості. Емоційно виснажені викладачі починають відчувати до студентів ворожість або бай-дужість. Важливо, що негативні емоції вони намагаються придушити, оскільки намагаються діяти відповідно до основних установок своєї професійної діяльності, які вимагають завжди бути на висоті самоконтролю, досконало володіти тактом, бути актором, який грає свою роль перед аудиторією. Парадоксально, але придушення (часто неусвідомлюване) негативних емоцій приводить до емоційного збіднення контакту, а з часом до перетворення його на позбавлену безоособистісну формальну взаємодію [35].

Окремої уваги заслуговують дослідження, які розглядають професійне вигорання як стан. Так найменш відоме, але найбільш точне визначення вигорання було запропоновано П. Бріл [50]. Він вважає, що для вигорання властиві два специфічних симптоми – дисфоричні симптоми та зниження досягнень на роботі, а причиною професійного вигорання є нездійсненні

очікування. Тобто визначення П. Бріл поєднує два критерії: зв'язок з роботою і відсутність психопатології. Це визначення не допускає можливості виникнення вигорання за межами професійної діяльності та вигорання серед осіб, які страждають психічними розладами (наприклад, депресією).

А. Ленглі [23] з екзистенційно-аналітичної точки зору розуміє професійне вигорання як затяжний стан виснаження, що виникає під час певної діяльності. Виснаження – провідний симптом і основна характеристика емоційного вигорання, від якої виникають всі інші симптоми. Стан виснаження має свій внутрішній розвиток. Спочатку це стосується тільки самопочуття, потім починає впливати безпосередньо на переживання, а потім також і на рішення, позиції, установки і дії людини.

Д. Міллер, М. Мелок вважають, що емоційне вигорання проходить чотири стадії: ентузіазм, стагнацію, фрустрацію та апатію. Ентузіазм є емоційним станом працівника, коли той бажає бути завжди корисним і характеризується надмірною чутливістю до потреб суб'єктів професійної діяльності, має нереалістичні очікування щодо роботи.

Стагнація проявляється в зменшенні очікувань до нормальних меж і характеризується виплеском особистого невдоволення назовні. Фрустрація характеризується появою сумнівів щодо власної компетенції, зменшенням толерантності та співчуття, як наслідок, виникає механізм захисту у формі обмеження професійних контактів. Апатія стає захистом від хронічної фрустрації, з'являється байдужість і депресія [53].

Б. Пельман і Е. Хартман виділили три головні компоненти емоційного вигорання:

1. Емоційне виснаження виявляється у відчуттях емоційного перенапруження і в почутті спустошеності, вичерпаності своїх емоційних ресурсів.
2. Деперсоналізація пов'язана з виникненням байдужого і навіть негативного ставлення до людей, яких обслуговують за обов'язком роботи. Контакти з ними стають формальними, безособовими; негативні

установки, що виникають, можуть спочатку мати прихований характер і виявлятися у внутрішньому стримуванні роздратування, яке з часом проривається назовні і призводить до конфліктів.

3. Знижена робоча продуктивність проявляється у зниженні самооцінки своєї компетентності (в негативному сприйнятті себе як професіонала), незадоволенні собою, негативному ставленні до себе як особистості [14]

Як і будь-яка хвороба синдром «професійного вигорання» має свої умови та фактори.

Вигорання є причиною взаємодії зовнішніх (пов'язаних з роботою) і внутрішніх (індивідуальних) чинників. До зовнішніх факторів відносять:

- особливості організації праці – надмірне робоче навантаження, незрозумілі (неповні) посадові інструкції, невизначені обов'язки, рольовий конфлікт, невизнання на роботі – всі ці фактори можуть посилити ймовірність вигорання;
- робота, що вимагає постійної концентрації і відданості клієнту, який в той же час потребує ретельного догляду, часто призводить до психічного перевантаження;
- відсутність професійної мотивації, монотонна робота, низька заробітна плата.

Внутрішні фактори, що можуть призвести до вигорання:

- особисте ставлення до роботи – гіперболізована професійна етика, надмірне переживання щодо проблем клієнтів;
- недостатня компетентність;
- високі особисті амбіції і недоліки в підтримці особистого психічного балансу [37].

Емоційне виснаження – ключовий компонент – проявляється у відчуттях емоційного перенапруження і почутті спустошеності, вичерпаності власних емоційних ресурсів. Деперсоналізація являє собою тенденцію розвивати негативне, бездушне, цинічне ставлення до оточуючих.

Аналіз наукової літератури з означеної проблеми дозволив виокремити основні властивості професійного вигорання як специфічного різновиду професійних деструкцій:

- пов'язане з емоційним виснаженням особистості, під яким розуміється почуття емоційного спустошення та втоми, викликаного власною діяльністю;
- призводить до особливих форм деперсоналізації особистості, що проявляються у цинічному ставленні до діяльності та його суб'єктів;
- супроводжується редукцією та недооціненням фахівцем своїх професійних досягнень, що пов'язано з виникненням почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, акцентуванні уваги на невдачах;
- є суто професійним явищем, тобто фіксується і проявляється у специфічних умовах професійної діяльності та розвитку;
- здійснює негативний вплив на всі сторони особистості та її поведінку, знижуючи, в кінцевому результаті, ефективність професійної діяльності та задоволеність діяльністю;
- є незворотнім – його неможливо повністю подолати в ході спеціальних форм впливу, можна лише загальмувати розвиток;
- являє собою регрес професійного розвитку, оскільки зачіпає особистість у цілому, руйнує її і здійснює негативний вплив на ефективність професійної діяльності;
- є загально професійним феноменом і не обмежене лише однією професійною сферою, а виявляється і у непрофесійному житті;
- усвідомлюється суб'єктом – це виявляється у відтворенні ним основних його симптомів та прагненні змінити роботу, а також реалізації даного прагнення;
- здійснює суттєвий вплив на основні параметри професійної діяльності та професійної ідентичності;
- може з'явитися на початку професійного становлення як результат невідповідності між вимогами професії та домаганнями особистості [32].

Формуються цинізм, дистанціювання (причому не тільки у професіоналів, що працюють в системі «людина-людина»), вороже ставлення до тих, хто вимагає виконання роботи. Люди продовжують працювати, але «на відстані витягнутої руки», намагаючись не витратити зайвих сил, стають недовірливими, ворожими. Страждає якість виконання роботи.

Редукування персональних досягнень проявляється як зниження почуття компетентності в своїй роботі, невдоволення собою, формування заниженої самооцінки (професійному та особистому), негативне самосприйняття в професійному плані [13].

Узагальнюючи теоретичні погляди на проблему, емоційне вигорання можна визначити як системне явище, що складається з таких компонентів: емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження прагнення до досягнень. Перший компонент професійного вигорання, емоційне виснаження, почуття емоційної спустошеності, вичерпність емоційної енергії і відчуття, що емоційних ресурсів не вистачає, щоб перебороти відповідну екстремальну ситуацію. Емоційне виснаження може бути пов'язано із фізичною втомою й когнітивним перенапруженням.

1.2 Професійне вигорання у працівників системи охорони здоров'я

Синдром професійного вигорання притаманний працівникам «допоміжних» професій [43], особливо вразливими серед яких є:

- фахівці-інтроверти, у яких індивідуально-психологічні особливості не узгоджуються з професійно-комунікативними вимогами, котрим бракує життєвої енергії; сміливості і наполегливості, відкритості та концентрації уваги;
- працівники, що у процесі виконання обов'язків відчувають постійний внутрішній конфлікт;
- працюючі жінки, змушені доводити свою фахову спроможність, конкурувати з чоловікам, вибирати між роботою і сім'єю і т.д.;

- працівники, які бояться нестабільності і втрати робочого місця, а також фахівці із зовнішнього консультування, котрі самостійно шукають собі клієнтів;
- жителі великих мегаполісів, включені до процесу нав'язаного спілкування, взаємодії з великою кількістю незнайомих людей [33].

Професія лікаря – одна з найважчих, але й найважливіших в соціальній сфері. Медичні працівники – представники професій «людина – людина» часто стають жертвами синдрому вигорання. Серед основних професійних чинників, що зумовлюють результати дії тривалого стресу, можна виділити значне емоційне насичення актів взаємодії з пацієнтами. Серед медичних спеціальностей є ряд галузей з більш високим ризиком цього прояву. До них належать психіатрія, наркологія та інші галузі медицини, де нерідко доводиться мати справу з агресивною поведінкою пацієнтів, часто контактувати з залежними особами.

Професійна діяльність медичних працівників насичена стресогенними чинниками, головними з яких психологи називають інтенсивне спілкування з різними людьми впродовж тривалого часу з метою вирішення їх проблем, публічність, емоційно напружену атмосферу і постійний контроль правильності своїх дій. З часом усе це може спричинити внутрішнє роздратування й емоційну нестабільність. Зрештою, коли професійні умови і вимоги до роботи перевершують внутрішні та зовнішні ресурси, організм людини відповідає на них закономірною реакцією у вигляді стресу.

Особливістю професійної діяльності лікарів є щоденний контакт з хворими, їх родичами, щохвилинна відповідальність за життя пацієнта. Крім цієї специфіки, до формування професійного вигорання призводять напружені відносини всередині колективу, часта зміна кадрів, рівень заробітної плати, незадовільні умови праці, режим постійної конкуренції, відсутність фізичної активності, шкідливі звички, понаднормові години, неоплачувані переробки. Синдром емоційного вигорання формується поступово протягом певного

періоду роботи. Він є наслідком психологічного захисту особистості у відповідь на психотравмуючі ситуації.

Робота з людьми похилого віку, хронічно і смертельно хворими, які потребують постійного інтенсивного догляду, та новонародженими також пов'язана з підвищеним ризиком вигорання. Зважаючи на значне навантаження, особливо за кількістю пацієнтів, з якими працюють медичні сестри і лікарі, виявлено, що синдром вигорання проявляється неадекватним реагуванням на пацієнтів і колег, відсутністю емоційної залученості, втратою здатності до співпереживання пацієнтам, переважною, яка веде до редукції професійних обов'язків та негативного впливу роботи на особисте життя [15].

Зовнішніми передумовами розвитку емоційного вигорання в лікарів є наявність хронічної напруженої психоемоційної діяльності, дестабілізуюча організація роботи, підвищений рівень відповідальності, низька соціальна оцінка значимості праці, девальвація професійної самооцінки в процесі накопичення лікарського досвіду, необхідність безперервного післядипломного розвитку, ефект «залишкової діяльності» (лікарська праця, як правило, не обмежується рамками безпосередньо робочого часу), несприятлива психологічна сфера професійної діяльності тощо. Внутрішніми чинниками розвитку синдрому емоційного вигорання є інтенсивність та стиль спілкування людини, відповідність її темпераменту виконуваній роботі, спрямованість до екстра- чи інтравертованості [29].

Професійна деформація 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 біосоціальної плати. Реакція організму на зовнішні і внутрішні впливи протікає в залежності від сили чинника, часу його дії та адаптаційного потенціалу організму, який визначається наявністю функціональних резервів. Порушення регуляторних процесів призводить спочатку до функціональних, а потім і до морфологічних змін в організмі, що свідчить про розвиток хвороби.

Перехід від одного функціонального стану до іншого розвивається в результаті зміни властивостей біологічних систем: рівня функціонування, функціональних резервів, ступеня напруги регуляторних механізмів [14].

Від 25 до 75% медичних працівників у всьому світі стикаються з емоційним вигоранням різного ступеня тяжкості. Зокрема, за останні 5 років емоційне (професійне) вигорання серед лікарів США зросло із 45 до 54%. За даними англійських дослідників, серед лікарів виявляється високий рівень тривоги (41% випадків) і клінічно вираженої депресії (26% випадків). Водночас $\frac{1}{3}$ лікарів використовують медикаментозні засоби для корекції емоційного напруження, а кількість уживаного алкоголю лікарями перевищує середній рівень у загальній популяції. Внутрішні та зовнішні фактори медичної професії можуть зумовити як психологічний дискомфорт у фахівця, так і зміну його ставлення до пацієнта, що проявляється станом виснаження (фізичного й емоційного), розвитком негативної самооцінки та ставленням до роботи, втратою розуміння та співчуття до пацієнтів [45].

Під емоційним виснаженням розуміється відчуття емоційної спустошеності і втоми, викликане власною роботою. Деперсоналізація припускає цинічне ставлення до праці і об'єктів своєї праці. Зокрема, в медицині деперсоналізація припускає бездушне, негуманне ставлення до пацієнтів, які при-ходять для лікування, консультації тощо. Пацієнти сприймаються не як живі люди, а всі їх проблеми і біди, з якими вони при-ходять до лікаря, на його думку, є малозначимими.

Емоційно виснажені медичні працівники майже повністю виключають емоції зі сфери професійної діяльності, їх майже нічого не хвилює, майже ніщо не викликає емоційного відгуку. Причому це не вихід-ний дефект емоційної сфери, не ознака ригідності, а набутий за роки професійної діяльності емоційний захист. Нарешті, редукція професійних досягнень – у працівників відчуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспіху в ній. Зникає потяг до фахового та особистісного вдосконалення, з'являється схильність до прийняття традиційних форм знання, шаблонних дій, ригідність

операцій мислення. У результаті формується стійке негативне ставлення до самого себе, відчуття провини, що призводить до підвищеної тривожності, песимістичної налаштованості і депресивності.

Е. Уільямс [10] встановлено, що лікарі, які мають синдром професійного вигорання, роблять велику кількість медичних помилок і надають пацієнтам неякісну медичну допомогу. За даними літератури, синдром професійного вигорання в лікарів негативно впливає на відчуття задоволеності від роботи, професійне довголіття та якість надання медичної допомоги.

У світі частота виявлення синдрому професійного вигорання в медичних працівників коливається у межах 20–75%. Так, за даними літератури, синдром професійного вигорання діагностують у 46% лікарів Великої Британії, 31,4% – лікарів Гонконгу [12], 50% – лікарів-педіатрів Бразилії [13], 42,4% – лікарів Франції [14], 73,3% – лікарів-психіатрів Росії [15], 23,5% – лікарів невідкладної допомоги [16] та 89,3% – лікарів-педіатрів України [11]. За даними досліджень Д. А. Марченко-Тябут, найбільш несприятливу картину при вивченні синдрому емоційного вигорання спостерігають у лікарів-терапевтів [26].

Лікарі-онкологи, дуже часто страждають синдромом емоційного вигорання через постійне спілкування з тяжко хворими людьми. Провідними ознаками емоційного вигорання лікарів-онкологів є відчуття емоційної спустошеності, тривога, зниження настрою, розширення сфери економії емоцій, психоемоційна та особистісна відстороненість, зниження продуктивності праці, незадоволення собою [2].

Професійна діяльність лікаря-хірурга має також надмірну схильність до емоційного вигорання, оскільки його діяльність полягає в тому, що він постійно зіштовхується з необхідністю вирішувати складні проблеми, за якими стоїть перш за все життя та здоров'я пацієнта. Прийняття таких рішень потребує від хірурга великого напруження моральних сил, мобілізації досвіду і знань [5].

Відзначено, що на перший погляд лікарі-педіатри, мають, серед інших спеціальностей, отримувати більше позитиву від роботи, оскільки працюють з дітьми та їх батьками. Однак маленькі пацієнти потребують більшої уваги, у

порівнянні з дорослими: не можуть описати характер болю, потребують психологічних вікових знань з дитячої психології, а відтак і форми комунікації міститимуть моделі характерні для вікових періодів дітей. Тож, стресовий характер професійного спілкування, перевантаження, ненормований робочий час, стають провідними чинниками розвитку синдрому емоційного вигорання у лікарів-педіатрів.

З точки зору збереження здоров'я нервово виснаження визначається як «втрата інтересу та відсутність уваги до людей, з якими доводиться працювати, емоційне виснаження як відсутність позитивних почуттів, симпатії та поваги до пацієнтів». Нервово виснаження характеризується трьома ознаками:

- перша – фізичне виснаження (недостатність сил, хронічна перевтома, загальна слабкість, частий головний біль, м'язове напруження у плечах і шії, погіршення апетиту і зниження ваги тіла, проблеми зі сном);
- друга – емоційне перевантаження (розвиток депресії і безпорадність);
- третя – психічне перевантаження (виникає негативне ставлення до себе, роботи, інших людей і до життя взагалі).

Отже, до факторів, що зумовлюють стрес, належать як навантаження на робочому місці, так і відносини з керівниками і адміністраторами. Серед чинників стресу у жінок додається необхідність поєднання службових обов'язків з веденням домашнього господарства та утриманням сім'ї [47].

Істотним стрес-фактором є психологічні і фізичні перевантаження лікарів, бо вони працюють у сфері медичної допомоги, що також пов'язано з особливостями даної роботи, котра належить до професій типу «людина-людина». Синдром емоційного вигорання характеризується вираженим поєднанням симптомів порушення в психічній, соматичній і соціальній сферах життя. Професія лікаря займає одне з перших місць по ризику виникнення синдрому емоційного вигорання. Стикаючись з негативними емоціями, лікар мимоволі і мимоволі втягується в них, в силу чого починає і сам відчувати підвищену емоційну напругу [9].

В результаті поступово формується емоційне вигорання, виникають психічна та фізична втома, байдужність до роботи, знижується якість надання медичної допомоги. Враховуючи, що діяльність лікаря тісно пов'язана з відповідальністю за здоров'я, життя і навіть долю пацієнта, серед основних професійних чинників, що зумовлюють результати дії тривалого стресу, можна виділити значне емоційне насичення актів взаємодії з пацієнтами. 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 [18].

Враховуючи сучасний темп життя та вимоги до працівників медичної сфери, впровадження в їх професійну діяльність нових програм і підходів, проблемною є не те, що працівник емоційно вигорає, оскільки це є природний процес. Питання полягає в тому, що медики, як правило, не вміють це вчасно помічати та контролювати. Тому є дуже важливим визначення психодіагностичних заходів оцінки рівня емоційного вигорання. Необхідне доскональне визначення психологічних особливостей, структурних компонентів і функціональних механізмів вигорання та їх залежності від основних індивідуально-психологічних особливостей медичних працівників [38].

Водночас із терміном «професійна деформація» вживають у закордонній літературі поняття «управлінський регрес» на позначення незворотних змін, пов'язаних із віком, особливостями управлінської діяльності, оточенням. Професійна деформація виникає на трудовій стадії соціалізації внаслідок виконання професійної діяльності і неможлива поза нею. Вона проявляється в професійній спрямованості, особливостях професійного мислення. Це і професійний нігілізм, професійна нестійкість, звинувачувальний нахил, психологічний захист тощо [1].

Сьогодні немає чіткого розмежування понять «психічне вигорання» і «психічний стрес». Більшість дослідників вважають, що вигорання є

результатом дії стресорів, особливо міжособистісної природи. Тобто професійне вигорання являє собою наслідок професійного стресу, прояви якого розглядаються як результат дії специфічних стресорів у професії [24].

Професія лікаря висуває до особистості вимоги, пов'язані з емоційним перевантаженням, частими стресовими ситуаціями, необхідністю приймати рішення в умовах дефіциту часу та при обмеженому обсязі інформації, з високою частотою та інтенсивністю міжособистісної взаємодії, що, в цілому, характеризує професійну діяльність лікаря як екстремальну, стресогенну, таку, що приховує в собі небезпеку формування психічної та психосоматичної дезадаптації. Діяльність в подібних умовах вимагає від фахівця емоційної стійкості, стабільності, психологічної надійності, вміння протистояти стресу, інформаційним та емоційним навантаженням, а також сформованих комунікативних навичок, розвинених механізмів психологічної адаптації та компенсації, зокрема конструктивних копінгстратегій [30].

Почуття емпатії для медичних працівників, без перебільшення, є необхідною професійною якістю. Та якщо проблеми пацієнтів сприймати як особисті, до того ж відчувати тиск власних проблем, яких у сучасному житті безліч, це виливається у надмірну втомлюваність та невдовзі проявляється у специфічному стані. Цей стан фізичного та емоційного виснаження внаслідок перевантаження та впливу стресів як у професійному, так і у повсякденному середовищі є синдромом вигорання. Останній виражається у підвищеній та хронічній втомлюваності, апатії, деструктивному реагуванні на стреси тощо. Головною причиною синдрому вигорання вважається психологічна, душевна перевтома.

Професія лікаря – одна з найважчих, але й найважливіших в соціальній сфері. Медичні працівники – представники професій «людина – людина», тому досить часто стають жертвами синдрому вигорання. Серед основних професійних чинників, що зумовлюють результати дії тривалого стресу, можна виділити значне емоційне насичення актів взаємодії з пацієнтами. Серед медичних спеціальностей є ряд галузей з більш високим ризиком цього прояву.

До них належать психіатрія, наркологія та інші галузі медицини, де нерідко доводиться мати справу з агресивною поведінкою пацієнтів, часто контактувати з психоактивно залежними особами.

Робота з людьми похилого віку, хронічно і смертельно хворими, які потребують постійного інтенсивного догляду, та новонародженими також пов'язана з підвищеним ризиком вигорання. Зважаючи на значне навантаження, особливо за кількістю пацієнтів, з якими працюють медсестри і лікарі, виявлено, що синдром вигорання проявляється неадекватним реагуванням на пацієнтів і колег, відсутністю емоційної залученості, втратою здатності до співпереживання пацієнтам, переважною, яка веде до редукції професійних обов'язків та негативного впливу роботи на особисте життя [48].

Інтенсивне, тривале психологічне перевантаження, що визначається напруженим ритмом роботи; постійною нестачею емоційних ресурсів; подекуди неконструктивними методами управління; частими реорганізаціями; невизначеністю внутрішньо групових ролей і пов'язаними з цим конфліктами; відсутністю кар'єрного зростання; неадекватними формами оплати та підтримки; неможливістю впливу на умови праці – це основні фактори, що можуть слугувати появі синдрому професійного вигорання у працівників медичної сфери [22].

Передумовами розвитку синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу можуть бути як зовнішні так і внутрішні фактори. До перших належать такі: хронічна напружена психоемоційна діяльність, дестабілізуюча організація роботи, підвищений рівень відповідальності, низька соціальна оцінка значимості праці, девальвація професійної самооцінки в процесі накопичення професійного досвіду, необхідність безперервного післядипломного розвитку тощо. Внутрішніми чинниками для розвитку СЕВ можуть бути інтенсивність та стиль спілкування людини, відповідність її темпераменту виконуваним роботі, схильність до екстра- чи інтравертованості [44].

У роботі медичного працівника виділяють такі джерела стресу: організаційний, ситуаційний загальний та специфічний, особистісний. Організаційний фактор включає відсутність достатньої можливості для кар'єрного росту, численні обов'язкові освітні та практичні моменти, слабкі служби підтримки персоналу.

До загального ситуаційного відносять брак знань, необхідність взаємодії з критично налаштованими хворими, наявність різноманіття етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки. До специфічного – брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми серед персоналу, проблеми у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родин, висока смертність серед пацієнтів відділення.

Особистісними джерелами стресу є невміння долати труднощі, низький соціально-економічний статус, психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами), наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким встановилися тісні зв'язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність достатньої кількості вільного часу [12].

До індивідуальних факторів, що прискорюють емоційне вигорання лікарів, належать [56]:

- стать – жінки більш схильні до емоційного вигорання;
- вік – молодші лікарі більш схильні до емоційного вигорання;
- вік дітей – наявність дитини молодше за 21 рік також пов'язана з підвищенням ризику емоційного вигорання на 53%;
- професія партнера / партнерки – якщо партнер (ка) зайнятий не в медичній сфері, це підвищує ризик вигорання на 23%;
- витрати на освіту;
- сімейний стан.

Окрім того, для лікарів-жінок специфічним є ряд гендерно-залежних факторів, що провокують вигорання [54]:

- менше часу витрачається на власне благополуччя, адже жінки витрачають додаткових 8,5 годин / тиждень для догляду за дитиною та інші домашні справи;
- частіша гендерна дискримінація – менший кар’єрний розвиток, нерівність з чоловіками у зарплаті, нагородах та фінансових відшкодуваннях;
- менша схильність грантодавців фінансувати проекти академічних лікарів-жінок;
- порівняно з лікарями-чоловіками більш ймовірно, що лікарі-жінки зазнають сексуального домагання на робочому місці.

Іншими факторами ризику соціального походження є переживання несправедливості, соціальна незахищеність, політична та економічна нестабільність соціуму, нерівність соціальних взаємин [3].

Окрім того, лікарі часто мають обмежене коло спілкування, що звужує можливості до обговорення ситуації [43]. В комбінації з недостатністю психологічного охоплення лікарів це може створювати ситуацію, коли лікар не може ні з ким обговорити власний емоційний досвід та зменшити рівень напруги, пов’язаної з робочими моментами.

Розвитку синдрому емоційного вигорання передуює період підвищеної активності, коли людина, повністю присвятивши себе роботі, відмовляється від потреб, з нею не пов’язаних, забуває про власні потреби, потім настає перша ознака – виснаження. Виснаження визначається як почуття перенапруги і вичерпання емоційних і фізичних ресурсів, почуття втоми, що не минає після нічного сну. Після періоду відпочинку (вихідні, відпустка) такі прояви зменшуються, проте після повернення до попередньої робочої ситуації поновлюються.

Другою ознакою синдрому емоційного вигорання є особистісна відстороненість. Професіонали, які відчувають вигорання, використовують відстороненість як спробу впоратися з емоційними стресорами на роботі зміною свого співчуття до клієнта через емоційне відсторонення. У крайніх проявах людину майже нічого не хвилює з професійної діяльності, майже ніщо

не викликає емоційного відгуку – ні позитивні обставини, ні негативні. Втрачається інтерес до пацієнта, він сприймається як неживий предмет, сама присутність якого часом неприємна.

Третьою ознакою синдрому вигорання є відчуття втрати власної ефективності або падіння самооцінки в рамках вигорання. Люди не бачать перспектив для своєї професійної діяльності, знижується задоволення роботою, втрачається віра в свої професійні можливості [25].

Наразі існує кілька теорій, які виділяють стадії розвитку синдрому емоційного вигорання. Одна з найпоширеніших – п'ятиступенева модель Дж. Грінберга:

1 стадія («медовий місяць») – працівник задоволений своєю роботою і завданнями, ставиться до них з ентузіазмом.

2 стадія («нестача палива») – з'являється втома, апатія, можуть виникати проблеми зі сном. За умов відсутності додаткової мотивації та стимулювання у працівника втрачається інтерес до роботи і знижується продуктивність діяльності.

3 стадія (хронічні симптоми) – надмірна робота без відпочинку, особливо у трудоголіків, приводить до виснаження і схильності до захворювань, а також психологічних переживань – хронічної втоми, загостреного почуття злоби чи пригніченості, відчуття загнаності в кут.

4 стадія (криза) – розвиваються хронічні захворювання, в результаті чого людина повністю або частково втрачає працездатність.

5 стадія («пробивання стіни») – фізичні та психологічні проблеми переходять в гостру форму і можуть спровокувати розвиток небезпечних захворювань, які загрожують життю людини. Унаслідок цих проблем під загрозою часто знаходиться кар'єра людини [36].

Зміну свого ставлення до професійної діяльності, від позитивного до негативного, можна прослідкувати на прикладі поведінки «вигорілого» лікаря, який починає сприймати пацієнта виключно через медичний випадок, як носія хвороби, крім того з'являється певний професійний жаргон: «інфаркт – із п'ятої

палати», «подивіться, яка цікава шизофренія», «дуже своєрідний випадок – такого суїциду в нас ще не було» тощо. Відбувається знеособлювання стосунків між учасниками лікувальної взаємодії, що звісно придушує прояв гуманних форм поведінки між людьми та створює загрозу для особистісного розвитку представника медичної сфери.

Останнім часом пацієнти часто вказують на порушення медичними працівниками етико-деонтологічних та психологічних принципів при наданні допомоги хворим, а також відсутність елементарних навичок встановлення психологічного контакту, не говорячи вже про медичну таємницю. І тут негативний вплив на пацієнтів справляють байдужість, невтриманість і навіть грубість, небажання вислухати, а підчас і зовнішній вигляд медичного персоналу [21]. Все це є тривожними симптомами професійного вигорання.

До сфери фізіологічних порушень належать: безсоння; відсутність апетиту або переїдання; відсутність реакції цікавості і страху; зниження чутливості на зміни зовнішнього середовища, що провокує появу загальмованості нервових процесів. З'являються безпричинні головні болі, задишка або порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні. Загальна астенизація провокує появу слабості в усьому тілі, зниження активності й енергії, погіршення біохімії крові і гормональних показників. Відбувається помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості: погіршення зору, слуху, нюху і дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів.

Поведінкові зміни хірургів виявляються у зловживанні алкоголем, різкому зростанні викурених за день цигарок, вживанні наркотиків. Змінюється манера та способи спілкування. Можливий високий рівень конформізму (зміна у поведінці чи переконаннях в результаті реального чи уявного тиску групи); гіпер – гіпоконтроль над своєю поведінкою. З'являється відстороненість («моя хата з краю – нічого не знаю»), агресивна поведінка, авторитарність, власність. Віддається пріоритет насамперед особистим цілям [20].

В професійній діяльності лікарів будь-яких спеціальностей найчастіше має місце спілкування з хворими, невиліковно хворими, помираючими

пацієнтами та їх родичами, часто пацієнтами лікарів стають їх власні родичі, тому саме медичні працівники схильні до виникнення емоційного та професійного вигорання. Також суттєвим фактором ризику є поєднання постійного контролю над проявами негативних емоцій, високого рівня тривоги та відповідальності за здоров'я та життя інших, зниження здатності до інтегрованості поведінки в стресових ситуаціях, пов'язаних з професійною діяльністю.

Даний синдром може виникати в ситуації інтенсивного професійного спілкування, під впливом багатьох внутрішніх і зовнішніх чинників, і проявляється як «приглушення» емоцій, втрата гостроти почуттів і переживань, збільшення частоти конфліктних ситуацій з пацієнтами та колегами, байдужість і відсторонення від переживань іншої людини, втрата розуміння цінності життя, віри у власні сили тощо. На думку вчених, професійне вигорання – не епізод, а кінцевий результат «повного згорання» [1]

Чинниками професійного стресу лікарів, які працювали в сфері онкології, були:

- суттєве робоче перенавантаження, що характеризувалося наданням допомоги значній понаднормовій кількості онкологічних пацієнтів, з формуванням синдрому хронічного дефіциту часу;
- повідомлення «несприятливих новин» хворому та його родичам;
- спілкування з онкологічними пацієнтами та членами їх сім'ї, які перебувають у стресовому стані та часто проявляють негативні емоції;
- медичний персонал був «свідком» фізичних та емоційних страждань хворого;
- складність проблем пацієнта та неможливість їх повністю вирішити (забезпечити повне вилікування);
- висока складність спілкування з родиною хворого в «переломних» періодах лікування захворювання (рецидив, продовження хвороби) та на термінальній стадії захворювання;

- необхідність мати високі кваліфікаційні навички, працювати зі складною медичною апаратурою;
- прийняття рішень, які суттєво впливають на тривалість та якість життя пацієнта [31].

Цікаві результати дослідження Г. Мироненка, у яких визначено дані щодо впливу вираженості вигорання на стиль поведінки лікарям в робочому середовищі. Так, лікарям з низькою мірою вираженості вигорання властива активна стратегія розв'язку та подолання проблем, почуття успіху в професійній діяльності. У спілкуванні з оточуючими вони схильні до лідерства та відсутності конформності. У поведінці лікарів з високою мірою вираженості синдрому емоційного вигорання домінує стратегія уникнення в ситуації невдачі, незадоволеність кар'єрним зростанням. У спілкуванні з оточуючими вони проявляють компромісність та конформність [2].

Синдром професійного вигорання у лікарів проявляється в зниженні зацікавленості в роботі, збільшенні витрати часу на встановлення діагнозу. Професійно втомлені лікарі можуть встановити неправильний діагноз, призначати неправильні методи лікування, затримуватися довше на роботі або ж раніше йти додому. У колективі це проявляється відособленістю від колег. З'являються шкідливі звички, що може мати погані наслідки не лише для медичного працівника, але і всього медичного закладу, оскільки він має доступ до різних лікарських засобів.

Медики щоденно зіштовхуються з проблемою низьких ресурсних можливостей державної системи охорони здоров'я, постійним впровадженням реформаторських змін та негідною оцінкою праці, які провокують виникнення у цих фахівців хронічного стресового стану. Висока стресогенність роботи лікарів пов'язана також із перенасиченням комунікативної сфери, в тому числі характером спілкування, високою відповідальністю та нездатністю в ряді випадків змінити несприятливий перебіг ходу речей. Небезпечним фактором також є те, що медичні працівники, які страждають від синдрому професійного

вигорання, в домінуючій кількості не спостерігають його за собою, а отже не в змозі допомогти собі самотійно.

Таким чином, емоціональне вигорання є дуже широкою проблемою, що охоплює багато лікарських спеціальностей, а більш за все лікарів первинної ланки. Рівень тривоги, депресії, емоційного виснаження, деперсоналізації є приблизно однаковим у лікарів з великим стажем роботи та в лікарів-інтернів. Емоційне вигорання не має кореляційного зв'язку зі стажем роботи лікаря. Лікарі чоловічої статі є більш витривалими щодо стресових ситуацій на роботі та емоційного вигорання, це підтверджується достовірно нижчими показниками тривоги, депресії, емоційного виснаження, ніж у лікарів жіночої статі.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для вирішення поставленої задачі вивчення емоційного стану та рівня професійного вигорання серед працівників екстреної медичної допомоги та обґрунтування рекомендацій по його подоланню нами було проведено опитування серед лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою станцій екстреної медичної допомоги (ЕМД) Львівської області.

Під час опитування використовували методику безпосереднього заповнення анкет респондентом. Анкетування було добровільним та анонімним, проте за бажанням опитуваного він міг поцікавитися результатами опитування з метою отримання рекомендацій по зменшенню професійного вигорання, якщо воно буде у нього виявлене. Анкетування дозволило чітко виявити проблему професійного вигорання серед медичного персоналу ЕМД.

Анкетування проводили за заздалегідь складеною анкетною. Запитання поділялися на дві групи: загальні та спеціальні.

Загальні запитання стосувалися посади, віку, стажу, кваліфікаційної категорії респондента.

1. Дата заповнення анкети _____

2. Стать

а) чоловік

б) жінка

3. Ваша посада:

а) лікар,

б) фельдшер,

в) фельдшер(керівник бригади),

г) медична сестра,

д) молодша медсестра

4. Ваш вік:

а) до 30 років,

б) 30-49 років,

в) 50-60 років,

г) старше 60 років

5. Стаж роботи в екстреній медичній допомозі:

а) до 1 року,

б) 1-5 років,

в) 6-10 років,

г) 11-15 років,

д) 16-20 років,

е) більше 20 років

6. Наявність кваліфікаційної категорії:

а) вища,

б) перша,

в) друга,

г) не маю

Спеціальні запитання були складені на основі психодіагностичної методики виявлення рівня професійного вигорання за К. Маслач та С. Джексона.

1. Я почуваю себе емоційно спустошеним, без яскравих емоцій і почуттів.

а) ніколи

б) дуже рідко

в) рідко

г) іноді

д) часто

е) дуже часто

є) щодня

2. До кінця робочої зміни я відчуваюся як вичавлений лимон.

а) ніколи

б) дуже рідко

в) рідко

г) іноді

д) часто

е) дуже часто

є) щодня

3. Зранку в робочі дні в мене поганий настрій, я рахую дні і години до вихідних.

а) ніколи

б) дуже рідко

в) рідко

г) іноді

д) часто

е) дуже часто

є) щодня

4. Я добре розумію почуття та стан моїх пацієнтів і використовую це для більш успішного лікування.

а) ніколи

б) дуже рідко

в) рідко

г) іноді

д) часто

е) дуже часто

є) щодня

5. Я спілкуюся з моїми пацієнтами лише формально, без зайвих емоцій і намагаюся це зробити якнайшвидше.

а) ніколи

- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто
- є) щодня

6. Я відчуваю себе енергійним і емоційно натхненним.

- а) ніколи
- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто
- є) щодня

7. Я вмію знаходити правильне рішення в складних ситуаціях з пацієнтами та колегами.

- а) ніколи
- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто
- є) щодня

8. Я почуваю незадоволення і втрату інтересу до своєї роботи.

- а) ніколи
- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто

є) щодня

9. Я можу позитивно впливати на самопочуття і настрої пацієнтів.

а) ніколи

б) дуже рідко

в) рідко

г) іноді

д) часто

е) дуже часто

є) щодня

10. Останнім часом я намагаюся бути байдужим до тих людей з ким мені приходится працювати.

а) ніколи

б) дуже рідко

в) рідко

г) іноді

д) часто

е) дуже часто

є) щодня

11. Як правило, люди що мене оточують занадто багато вимагають від мене. Вони більше дратують мене, ніж тішать.

а) ніколи

б) дуже рідко

в) рідко

г) іноді

д) часто

е) дуже часто

є) щодня

12. Я працюю з задоволенням, і в мене багато планів на майбутнє, пов'язаних з моїм професійним розвитком. Я вірю в їх втілення.

а) ніколи

- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто
- є) щодня

13. Я переживаю все більше життєвих розчарувань.

- а) ніколи
- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто
- є) щодня

14. Я відчуваю байдужість до багатьох речей, які раніше мене цікавили.

- а) ніколи
- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто
- є) щодня

15. Я намагаюся емоційно не реагувати на "важких" конфліктних пацієнтів.

- а) ніколи
- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто

е) дуже часто

є) щодня

16. Я хочу усамітнитися і відпочити від всього і всіх.

а) ніколи

б) дуже рідко

в) рідко

г) іноді

д) часто

е) дуже часто

є) щодня

17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і оптимізму в стосунках з моїми колегами та пацієнтами.

а) ніколи

б) дуже рідко

в) рідко

г) іноді

д) часто

е) дуже часто

є) щодня

18. Я легко спілкуюся з пацієнтами незалежно від їх соціального статусу і характеру.

а) ніколи

б) дуже рідко

в) рідко

г) іноді

д) часто

е) дуже часто

є) щодня

19. Я багато встигаю зробити за день.

а) ніколи

- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто
- є) щодня

20. Я відчуваю себе на межі своїх можливостей.

- а) ніколи
- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто
- є) щодня

21. Я багато зможу досягнути в своєму житті.

- а) ніколи
- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто
- є) щодня

22. Я даю іншим людям більше уваги і турботи, ніж отримую вдячності взамін.

- а) ніколи
- б) дуже рідко
- в) рідко
- г) іноді
- д) часто
- е) дуже часто

є) щодня

П.І.П., мобільний телефон _____

(якщо цікавить результат)

Опитувальник складається із трьох шкал: «емоційне виснаження» (9 тверджень), «деперсоналізація» (5 тверджень), «редукція особистих досягнень» (8 тверджень), результати яких підсумовуються і визначається ступінь професійного вигорання.

Відповіді респондентів оцінюються: 0 балів - «ніколи», 1 бал - «дуже рідко», 2 бали - «рідко», 3 бали - «іноді», 4 бали - «часто», 5 балів - «дуже часто», 6 балів – «щодня».

«Емоційне виснаження» - відповіді по пунктах 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

«Деперсоналізація» - відповіді по пунктах 5, 10, 11, 15, 22.

«Редукція особистих досягнень» - відповіді по пунктах 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Чим більша сума балів по першій і другій шкалою окремо, тим більше у обстежуваного виражені різні сторони «вигорання». Чим менше сума балів по третій шкалі, тим менше професійне «вигорання».

Для підрахунку індексу «професійного вигорання» значення по всім трьом компонентам («психоемоційне виснаження», «деперсоналізація», «редукція особистих досягнень») підсумовуються. Лише по третьому компоненту «Редукція особистих досягнень» при визначенні підсумкового індексу використовуються його зворотні значення.

Опитано 157 працівників екстреної медичної допомоги (ЕМД) м. Львова та області. Середній вік респондентів становив $38,56 \pm 1,54$ років.

Статистична обробка матеріалу проводилася із застосуванням пакету ліцензованих прикладних програм Statistica 10.0 та MS Excel XP.

РОЗДІЛ 3

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1 Наявність та рівень вираженості професійного вигорання у медичних працівників екстреної медичної допомоги м. Львів та Львівської області

Проведено опитування працівників ЕМД з використанням тесту професійного вигорання за К. Маслач і С. Джексона для визначення наявності та ступеня професійного вигорання [52].

Опитувальник складається із трьох шкал: «емоційне виснаження», «деперсоналізація», «редукція особистих досягнень».

«Психоемоційне виснаження» – процес вичерпання емоційних, фізичних, енергетичних ресурсів професіонала, що працює з людьми. Виснаження проявляється в хронічному емоційному і фізичному стомленні, байдужості і холодності по відношенню до оточуючих з ознаками депресії і дратівливості.

«Деперсоналізація» (особистісне віддалення) – специфічна форма соціальної дезадаптації професіонала, що працює з людьми. Особистісне віддалення проявляється в зменшенні кількості контактів з оточуючими, підвищення дратівливості і нетерпимості в ситуаціях спілкування, негативізм по відношенню до інших людей.

«Редукція особистих досягнень» (професійна мотивація) – зниження відчуття компетентності в своїй роботі, невдоволення собою, зменшення цінності своєї діяльності, негативне самосприйняття в професійній сфері. Виникнення почуття провини за власні негативні прояви або почуття, зниження професійної та особистої самооцінки, поява почуття власної неспроможності, байдужості до роботи. Зниження рівня робочої мотивації та ентузіазму по

відношенню до роботи альтруїстичного змісту. Стан мотиваційної сфери оцінюється таким показником, як продуктивність професійної діяльності, оптимізм і зацікавленість в роботі, самооцінка професійної компетентності і ступеня успішності в роботі з людьми.

Опитано 157 працівників екстреної медичної допомоги (ЕМД) м. Львова та області, з них 66 чоловіків (42,0 %) та 91 жінок (58,0 %). Середній вік респондентів становив $38,56 \pm 1,54$ років. Всіх опитаних розподілено на 5 вікових груп: до 30 років, 30-39 років, 40-49 років, 50-60 років, старше 60 років (рис. 3.1).

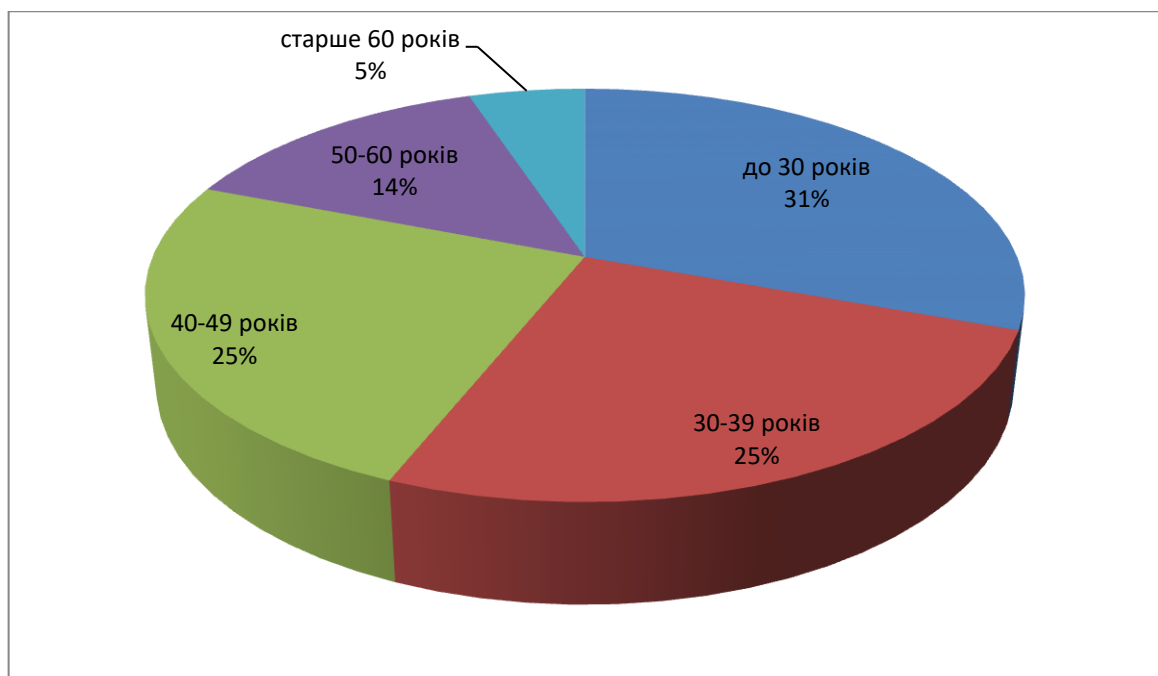


Рис. 3.1 Розподіл опитаних працівників екстреної медичної допомоги Львівської області за віком

Отримані дані свідчать про переважання осіб віком до 30 років та у вікових категоріях 30-49 років.

Переважає більшість респондентів працює фельдшерами ($27,39 \pm 3,56$ %) у складі лікарської бригади ЕМД та фельдшерами-керівниками фельдшерської бригади ЕМД ($12,10 \pm 2,60$ %). Серед опитаних також були лікарі бригад ЕМД ($25,48 \pm 3,48$ %), медичні сестри ($25,48 \pm 3,48$ %) та молодші медичні сестри

($9,55 \pm 2,34$ %), що свідчить про переважання серед опитаних молодших спеціалістів з медичною освітою.

У більшості респондентів наявна висока професійна кваліфікація, що підтверджується наявністю вищої кваліфікаційної категорії у $57,32 \pm 3,95$ % опитаних, першої – у $9,55 \pm 2,34$ %, другої – у $11,46 \pm 2,54$ %, лише $21,66 \pm 3,29$ % не мали кваліфікаційної категорії.

Стаж роботи у ЕМД більше 20 років мали 31,0 % опитаних, 11-15 років – 20 %, 16-20 років – 11 %, що свідчить про тривалий вплив професійних факторів на їх емоційний стан (рис. 3.2).

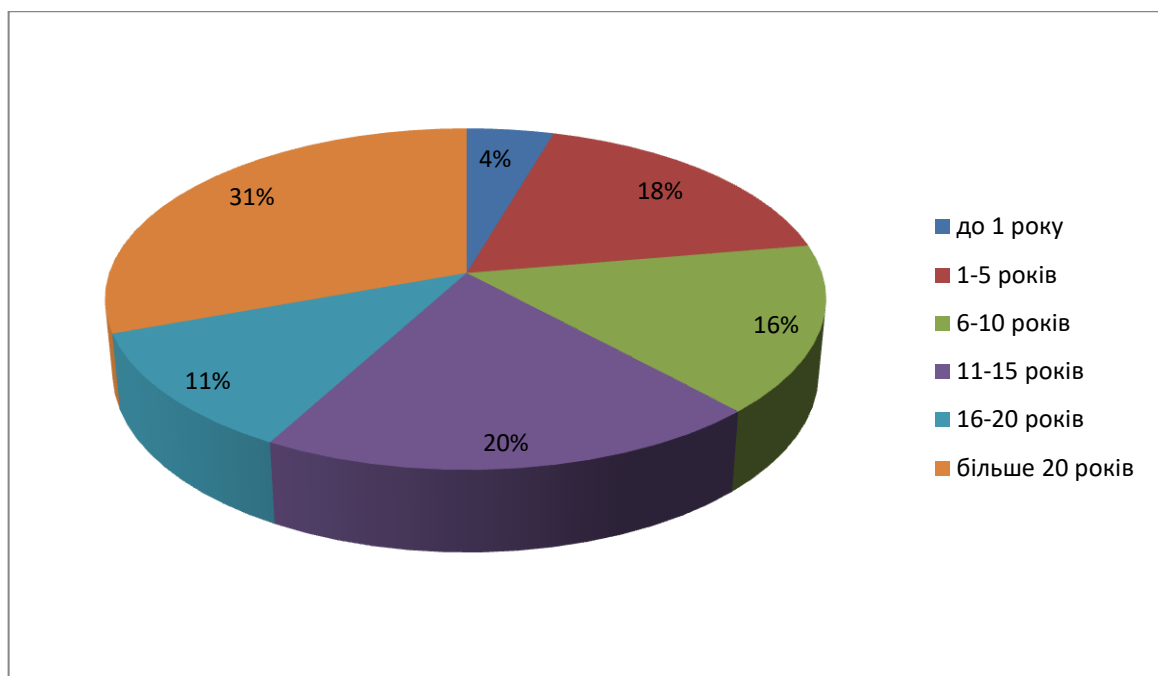


Рис. 3.2 Розподіл опитаних працівників екстреної медичної допомоги Львівської області за стажем роботи

Синдром емоційного (професійного) вигорання включає три основні складові: емоційну виснаженість, деперсоналізацію (цинізм) і редукцію професійних досягнень. Тому було проведено визначення цих складових у працівників ЕМД Львівської області.

Згідно шкали тесту професійного вигорання К. Маслач і С. Джексона дуже низький рівень емоційного виснаження спостерігався лише у $2,55 \pm 1,26$ %, низький – у $23,57 \pm 3,39$ %, середній – у $50,32 \pm 3,99$ %, високий – у $22,29 \pm 3,32$ %,

дуже високий – у $1,27 \pm 0,89$ %. Середнє значення рівня – $25,38 \pm 0,58$, що відповідає середньому рівню емоційного виснаження. При визначенні кореляційно-регресійного зв'язку встановлено достовірний вплив віку $r_{xy}=0,1699$ ($p=0,033$) та стажу $r_{xy}=0,2436$ ($p=0,002$) на розвиток емоційного виснаження.

При визначенні деперсоналізації особи дуже низький рівень спостерігався у $1,27 \pm 0,89$ % осіб, низький – у $28,66 \pm 3,61$ %, середній – у $61,78 \pm 3,88$ %, високий – у $7,64 \pm 2,12$ %, дуже високий – у $0,64 \pm 0,63$ %. Середнє значення рівня – $13,15 \pm 0,27$, що відповідає середньому рівню деперсоналізації. При встановленні кореляційно-регресійного зв'язку виявлено слабкий вплив віку $r_{xy}=0,2793$ ($p=0,000$) та стажу $r_{xy}=0,2698$ ($p=0,001$) на розвиток деперсоналізації особи.

Ще одна складова професійного вигорання – редукція особистих досягнень. Її середнє значення становило $33,09 \pm 0,52$, що відповідає високому рівню даного показника. Низький рівень виявлено у $1,91 \pm 1,38$ %, середній – у $23,57 \pm 3,39$ %, високий – у $51,59 \pm 3,99$ %, дуже високий – у $22,93 \pm 3,36$ % респондентів. Коефіцієнт кореляції свідчить про зворотний слабкий вплив віку $r_{xy}=-0,1704$ ($p=0,033$) та стажу $r_{xy}=-0,1807$ ($p=0,024$) на розвиток редукції особистих досягнень.

На основі попередніх даних для кожного опитуваного було розраховано імовірність професійного вигорання. Отримані результати вказують, що в середньому рівень професійного вигорання у респондентів становить $53,38 \pm 0,91$ (середній рівень). Дуже низький рівень виявлено у $0,64 \pm 0,63$ %, низький – у $35,67 \pm 3,82$ %, середній – у $62,42 \pm 3,86$ %, високий – у $1,27 \pm 0,89$ % опитаних. Якщо не враховувати дуже низький та низький рівень професійного вигорання, то, на жаль, емоційне (професійне) вигорання виявлено у $63,7$ % респондентів. При встановленні кореляційно-регресійного зв'язку виявлено слабкий вплив віку $r_{xy}=0,2563$ ($p=0,001$) та середньої сили вплив стажу $r_{xy}=0,3225$ ($p=0,000$) на розвиток професійного вигорання.

Враховуючи отримані нами дані було проведено вивчення наявності та рівня професійного вигорання залежно від статі, віку та тривалості роботи в ЕМД.

Серед чоловіків працівників ЕМД за освітою переважна більшість була фельдшерів (51,5 %, з них 21,2 % працювали керівниками фельдшерської бригади ЕМД), лікарів було 25,8 %, медичних братів – 12,1 %, молодших медичних братів – 6,1 %.

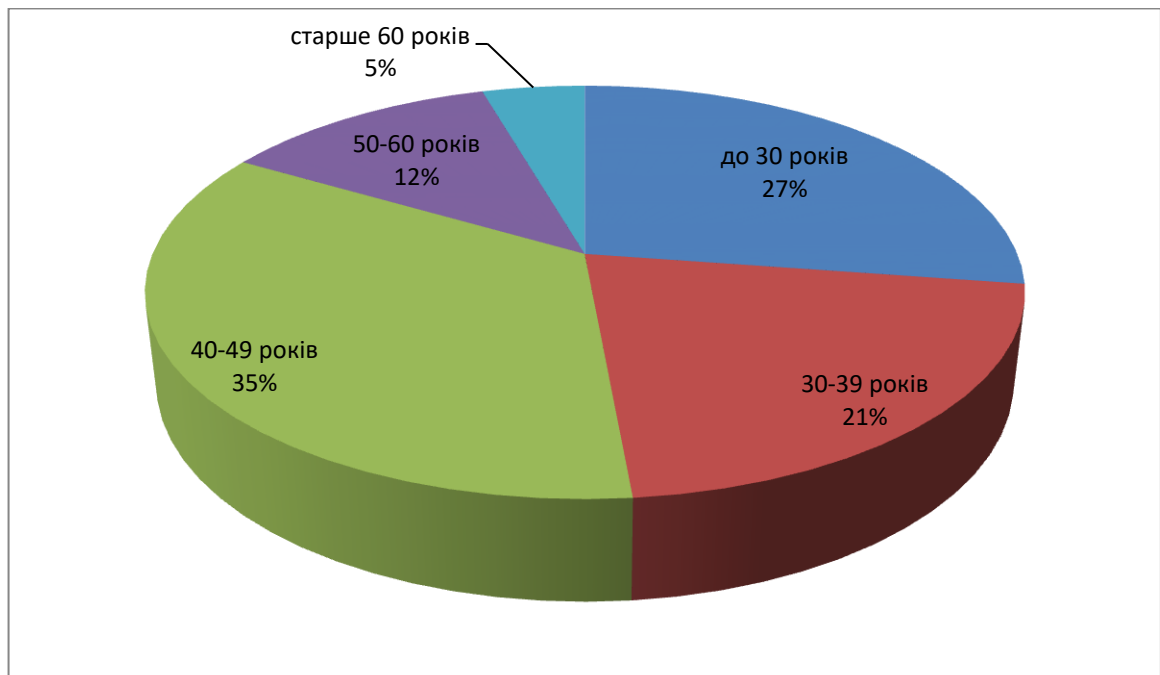


Рис. 3.3 Віковий розподіл працівників екстреної медичної допомоги за статтю (чоловіки)

Щодо віку то найчисельнішою серед чоловіків була група віком 40-49 років (34,8 %), також переважали вікові групи до 30 років (27,3 %) та 30-39 років (21,2 %) (рис. 3.3).

Великий трудовий стаж більше 20 років мала значна частка чоловіків (31,8 %), майже кожен п'ятий чоловік працював 11-15 років (рис. 3.4). Більшість чоловіків (66,7 %) мали вищу кваліфікаційну категорію, першу і другу – по 10,6 %, не мали кваліфікаційної категорії – 12,1 % опитаних.

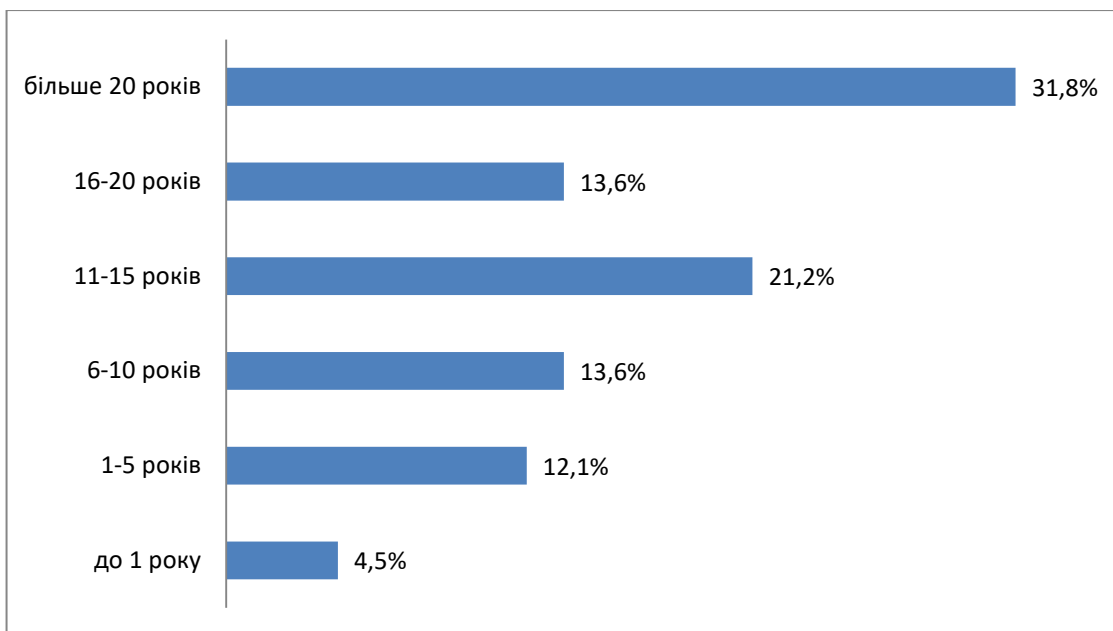


Рис. 3.4 Тривалість роботи в системі екстреної медичної допомоги (чоловіки)

Жінки в системі ЕМД частіше працювали медичними сестрами (34,1 %), лікарів було 24,2 %, фельдшерів – також 24,2 %, фельдшерів- керівників фельдшерської бригади ЕМД – 5,5 %, молодших медичних сестер – 12,1 %.

Серед них переважали вікові групи до 30 років (33,0 %) та 30-39 років (28,6 %). Осіб віком 50-60 років та старше 60 років, як і серед чоловіків, було мало (відповідно 15,4 % та 5,5 %) (рис. 3.5).

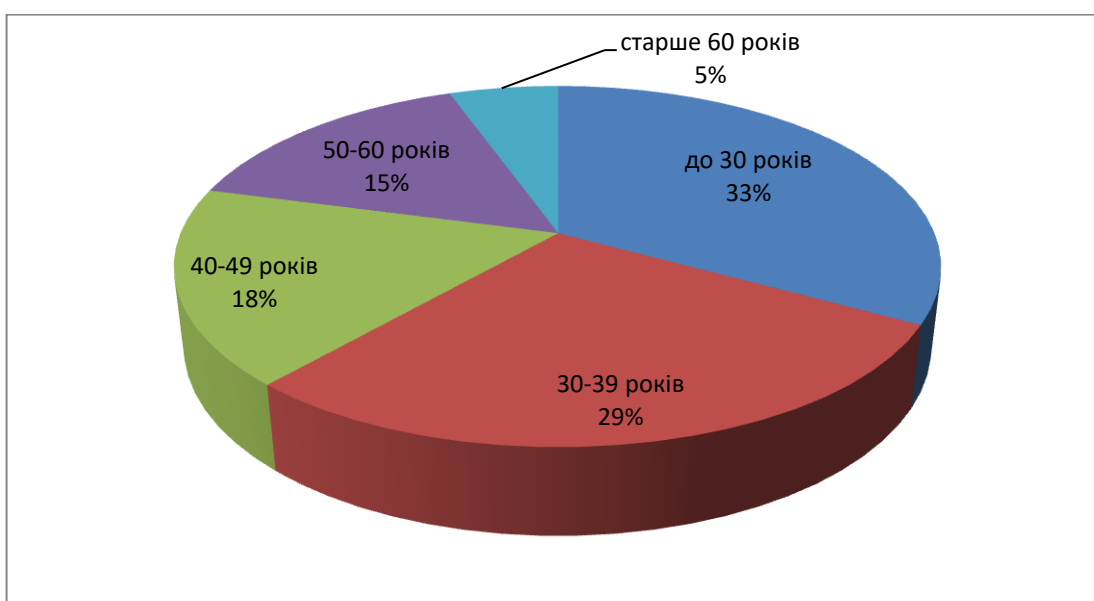


Рис. 3.5 Віковий розподіл працівників екстреної медичної допомоги за статтю (жінки)

Як і серед чоловіків 29,7 % жінок мали тривалий трудовий стаж більше 20 років, проте також 22,0 % респонденток працювали лише 1-5 років (рис. 3.6).

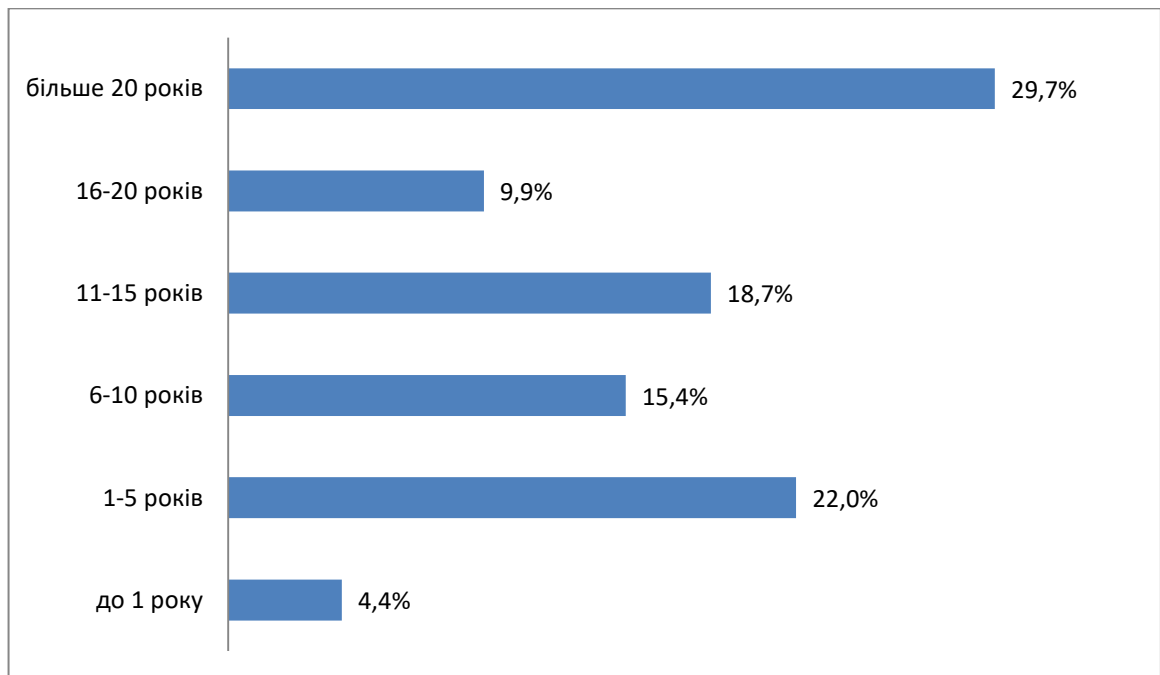


Рис. 3.6 Тривалість роботи в системі екстреної медичної допомоги (жінки)

Більшість жінок (50,5 %) мали вищу кваліфікаційну категорію, першу – 7,7 %, другу – по 12,1 %, не мали кваліфікаційної категорії (враховуючи малу тривалість роботи в системі ЕМД) – 29,7 % опитаних.

Нами було визначено рівень професійного вигорання та його складових залежно від статі.

У чоловіків переважав середній рівень психоемоційного виснаження (56,06 %) та високий (27,27 %), у жінок – середній (46,15 %) та низький (31,87 %). При цьому у жінок був достовірно вищий рівень психоемоційного виснаження ($p=0,0024$) порівняно із чоловіками (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Психоемоційне виснаження у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від статі

Рівень	Чоловіки (n=66)		Жінки (n=91)		p
	абс.	%	абс.	%	
Дуже низький	3	4.55	1	1.1	0.1783
Низький	8	12.12	29	31.87	0.0024
Середній	37	56.06	42	46.15	0.2788
Високий	18	27.27	17	18.68	0.2732
Дуже високий	-		2	2.2	0.2281

При визначенні наявності та рівня деперсоналізації встановлено переважання середнього рівня (71,21 %) та низького (25,76 %) у чоловіків та середнього рівня (54,95 %) і низького (30,77 %) у жінок. При цьому спостерігається тенденція до переважання частки деперсоналізації на середньому рівні у чоловіків на відміну від жінок ($p=0,0532$) (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Деперсоналізація у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від статі

Рівень	Чоловіки (n=66)		Жінки (n=91)		p
	абс.	%	абс.	%	
Дуже низький	-		2	2.2	0.2281
Низький	17	25.76	28	30.77	0.4096
Середній	47	71.21	50	54.95	0.0532
Високий	2	3.03	10	10.99	0.0646
Дуже високий	-		1	1.1	0.3962

Середній рівень редукції особистих досягнень більше переважав у жінок (28,57 %) на відміну від чоловіків (16,67 %), проте достовірної різниці щодо рівнів редукції особистих досягнень на дуже низькому рівні, низькому, середньому та високому не виявлено (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Редукція особистих досягнень у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від статі

Рівень	Чоловіки (n=66)		Жінки (n=91)		p
	абс.	%	абс.	%	
Дуже низький	19	28.79	17	18.68	0.1388
Низький	35	53.03	46	50.55	0.8652
Середній	11	16.67	26	28.57	0.0837
Високий	1	1.52	2	2.2	0.3134
Дуже високий	-	-	-	-	-

Як у чоловіків (66,67 %), так і у жінок (58,24 %) виявлено середній рівень професійного вигорання, низький відповідно виявлено у 31,82 % та 38,46 % опитаних. Високий рівень професійного вигорання виявлено у 3,30 % жінок. Достовірної різниці залежно від статі для кожного з рівнів професійного вигорання не виявлено (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Професійне вигорання у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від статі

Рівень	Чоловіки (n=66)		Жінки (n=91)		p
	абс.	%	абс.	%	

Дуже низький	1	1.52	-		0.3962
Низький	21	31.82	35	38.46	0.3943
Середній	44	66.67	53	58.24	0.2865
Високий	-	-	3	3.3	0.1381
Дуже високий	-		-		

Отже, як у чоловіків, так і у жінок спостерігається середній рівень професійного вигорання та його складових психоемоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень. При цьому спостерігається тенденція до переважання частки деперсоналізації на середньому рівні у чоловіків на відміну від жінок ($p=0,0532$).

Всіх респондентів ми поділили на 5 вікових груп для більш детального покрокового вивчення можливого розвитку професійного вигорання у працівників ЕМД.

У віковій групі працівників ЕМД до 30 років переважали жінки (62,5 %). Лікарів було 33,3 %, медичних сестер – також 33,3 %, фельдшерів – 22,9 %, з них лише 2,1 % керували фельдшерською бригадою ЕМД. Трудовий стаж у них становив переважно 1-5 років (54,2 %), до 1 року працювало 12,5 % опитаних, 6-10 років – 31,3 %, більше 11 років 2,1 %. Враховуючи невеликий трудовий стаж роботи і молодий вік більшість опитаних не мали кваліфікаційної категорії (47,9 %), 31,3 % мали другу кваліфікаційну категорію, 16,7 % – першу і лише 4,2 % – вищу.

Серед працівників ЕМД віком 30-39 років також переважали жінки (65,0 %). Фельдшери становили 45,0 % всіх опитаних, з них керували фельдшерською бригадою ЕМД 15,0 %, лікарі – 20,0 %, медичні сестри – 32,5 %, молодші медичні сестри – 2,5 %. Тривалість роботи у системі ЕМД у них була переважно 11-15 років (50,0 %), 16-20 років – 20,0 %, більше 20 років – 5,0 %, до 1 року – 2,5 %, 1-5 років – 2,5 %, 6-10 років – 20,0 %. Порівняно із попередньою віковою групою у них була вища професійна майстерність: вищу

кваліфікаційну категорію мали 72,5 % опитаних, першу – 15,0 %, другу – 7,5 %, не мали – лише 5,0 % опитаних.

У віковій групі 40-49 років переважали чоловіки (59,0 %). Більшість працювала фельдшерами (56,4 %, з них 25,6 % – керівниками фельдшерської бригади ЕМД), лікарів було 17,9 %, медичних сестер – 15,4 %, молодших медичних сестер – 10,3 %. Працювали в системі ЕМД більше 20 років 43,6 % респондентів, 16-20 років – 25,6 %, 11-15 років – 23,1 %, 6-10 років – 5,1 %. Вищу кваліфікаційну категорію мали 87,2 % персоналу, 12,8 % були без категорії.

У віковий групі 50-60 років знову переважали жінки (63,6 %). Фельдшерів було 40,9 %, з них керівників фельдшерської бригади ЕМД – 9,1 %, лікарів – 27,3 %, медичних сестер – 18,2 %, молодших медичних сестер – 13,6 %. Трудовий стаж у 95,5 % опитаних становив більше 20 років, 11-15 років працювало 4,5 %. Відповідно переважна більшість з них мали вищу кваліфікаційну категорію – 86,4 %, першу – 4,5 %, не мали – 9,1 %.

Вікова група старше 60 років була найменш чисельною, лише 8 респондентів. Переважна більшість з них були жінки (62,5 %). Лікарями працювали 37,5 %, фельдшерами 25,0 %, медичними сестрами – 12,5 %, молодшими медичними сестрами – 25,0 %. Трудовий стаж у всіх становив більше 20 років і також у всіх, окрім молодших медичних сестер, була вища кваліфікаційна категорія.

Нами вивчено рівень професійного вигорання та його складових залежно від віку респондентів.

Встановлено, що у всіх вікових групах середній рівень психоемоційного виснаження становив від 37,5 % (старше 60 років) до 53,8 % (40-49 років). Високий рівень психоемоційного виснаження переважав у вікових групах 30-39 років, 40-49 років, 50-59 років. У групі віком до 30 років високий рівень психоемоційного виснаження становив лише 4,2 %, низький рівень – 41,7 % (рис. 3.7).

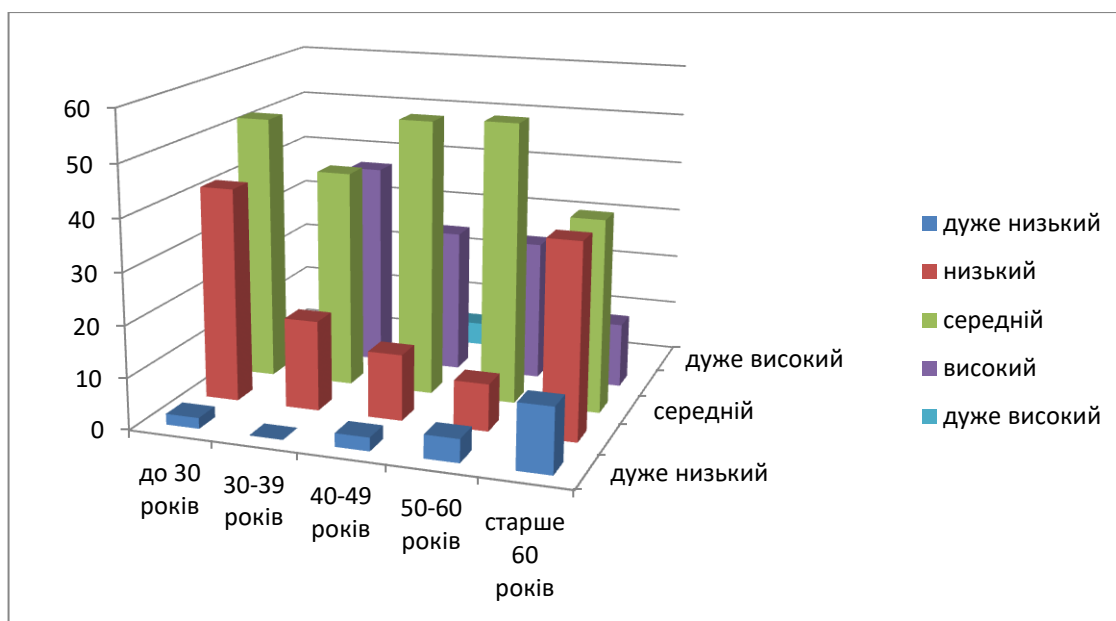


Рис. 3.7 Психоемоційне виснаження у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від віку

Середній рівень деперсоналізації також переважав у вікових групах 30-39 років, 40-49 років, 50-59 років і коливався від 65,0 % (30-39 років) до 76,9 % (40-49 років). У осіб старше 60 років була найвища частка осіб високого рівня – 25,0 %. Серед опитаних віком до 30 років було мало осіб з високим рівнем деперсоналізації (2,1 %) (рис. 3.8).

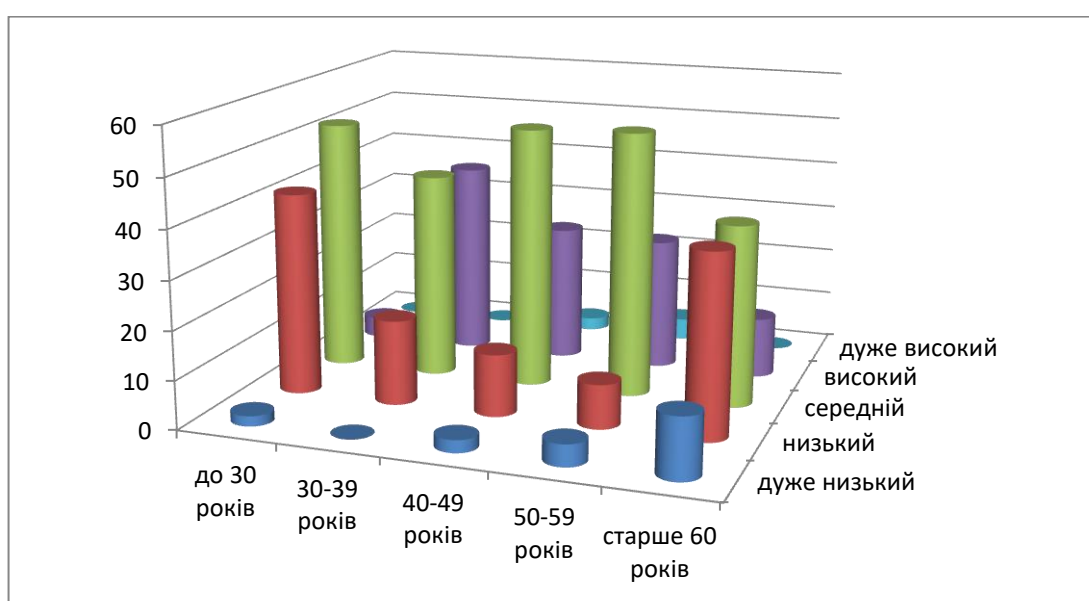


Рис. 3.8 Деперсоналізація у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від віку

Середній рівень редукції особистих досягнень у працівників ЕМД коливався в межах від 12,5 % до 27,1 % у всіх вікових групах. Високий рівень визначався лише у осіб старше 60 років (12,5 %) та 40-49 років (5,1 %) (рис. 3.9).

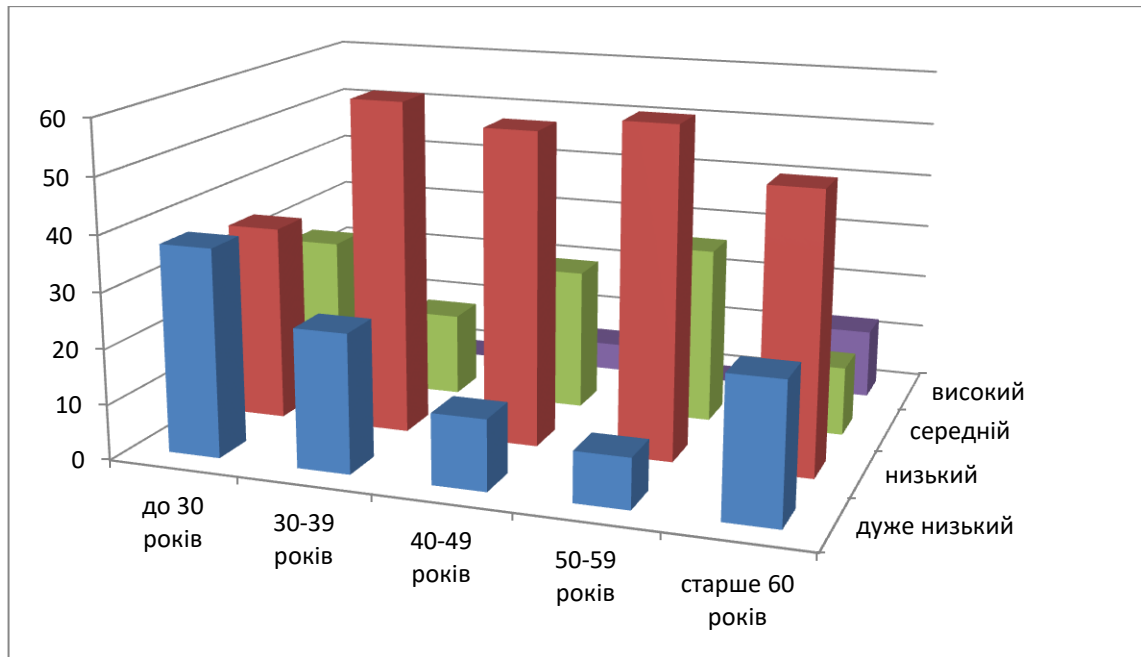


Рис. 3.9 Редукція особистих досягнень у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від віку

У осіб до 30 років середній рівень професійного вигорання становив 39,6 % і був найнижчий порівняно з іншими віковими групами, де він коливався від 62,5 % (старше 60 років) до 71,8 % (40-49 років). Високий рівень професійного вигорання виявлено відповідно у групах віком 30-39 років (2,5 %), 40-49 років (2,6 %), 50-59 років (4,5 %) (рис. 3.10).

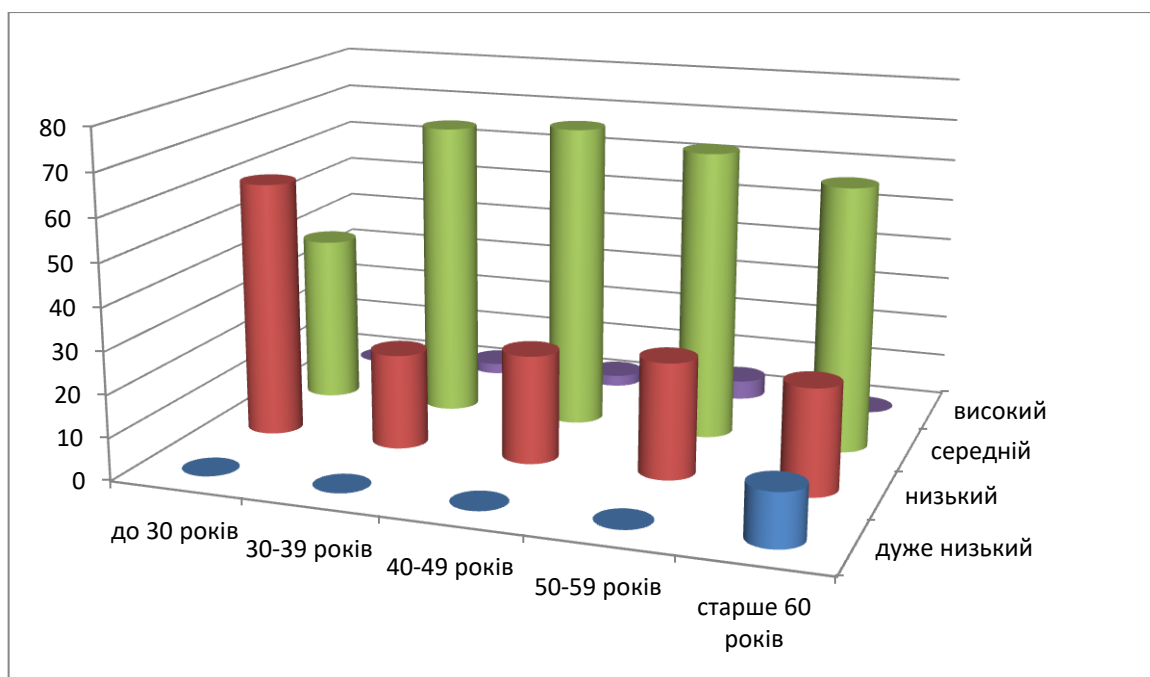


Рис. 3.10. Професійне вигорання у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від віку

Якщо враховувати в загальному середній і високий рівень професійного вигорання, то він найбільше виражений у осіб віком 30-39 років (72,5 %), 40-49 років (74,4 %), 50-59 років (72,7 %).

Також нами проведено визначення рівня професійного вигорання та його складових залежно від трудового стажу працівників ЕМД Львівської області. Всіх працівників розділили на групи: до 1 року стажу, 1-5 років, 6-10 років, 11-15 років, 16-20 років, більше 20 років.

У всіх групах виявлено середній рівень психоемоційного виснаження з коливаннями від 32,0 % (6-10 років) до 61,3 % (11-15 років). При наявності 6 років і більше трудового стажу у групах проявляється високий рівень психоемоційного виснаження. В загальному простежується тенденція до зростання рівня психоемоційного виснаження із збільшенням тривалості роботи в системі ЕМД. Так, при наявності трудового стажу до 1 року психоемоційне виснаження середнього рівня виявлено у 42,9 % осіб, 1-5 років – 53,6 %, 6-10 років середнього та високого рівня – 64,0 %, 11-15 років – 90,3 %, 16-20 років – 88,8 %, більше 20 років середнього, високого та дуже високого рівнів – 79,2 % (рис. 3.11).

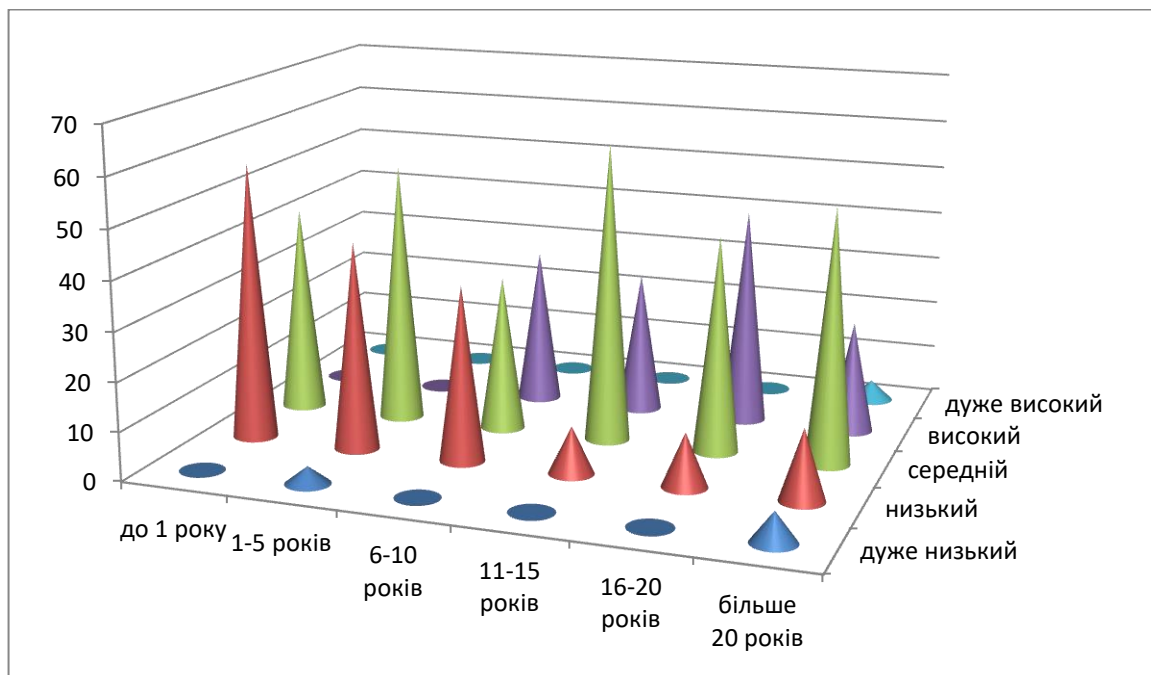


Рис. 3.11 Психоемоційне виснаження у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від трудового стажу

У значній кількості осіб (60,0 % і вище) деперсоналізація починає проявлятися після 6 років роботи. Саме з цього періоду у медичного персоналу виявлено також і високий рівень деперсоналізації, а у осіб, які працюють більше 20 років – і дуже високий рівень. В загальному залежно від трудового стажу деперсоналізація проявляється у респондентів, які працюють до 1 року у 57,1 %, 1-5 років – 46,4 %, 6-10 років – 68,0 %, 11-15 років – 80,7 %, 16-20 років – 88,9%, більше 20 років – 72,9 % (рис. 3.12).

У всіх групах залежно від трудового стажу встановлено прояви редукції особистих досягнень середнього рівня в межах 16,0 % (6-10 років) – 35,5 % (11-15 років). Також у групах щодо трудового стажу 11-15 років та більше 20 років констатовано наявність редукції особистих досягнень високого рівня (відповідно 3,2 % та 4,2 %). В загальному по групах виявлено: до 1 року – 28,6 %, 1-5 років – 21,4 %, 6-10 років – 16,0 %. 11-15 років – 38,7 %. 16-20 років – 16,7 %, більше 20 років – 27,1 % (рис. 3.13).

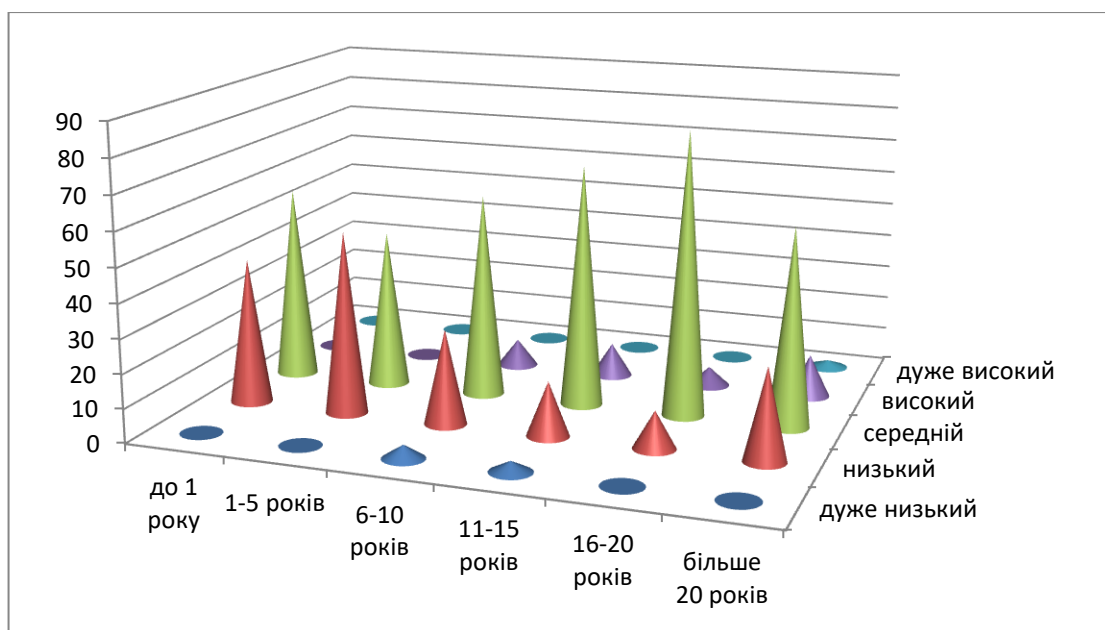


Рис. 3.12 Деперсоналізація у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від трудового стажу

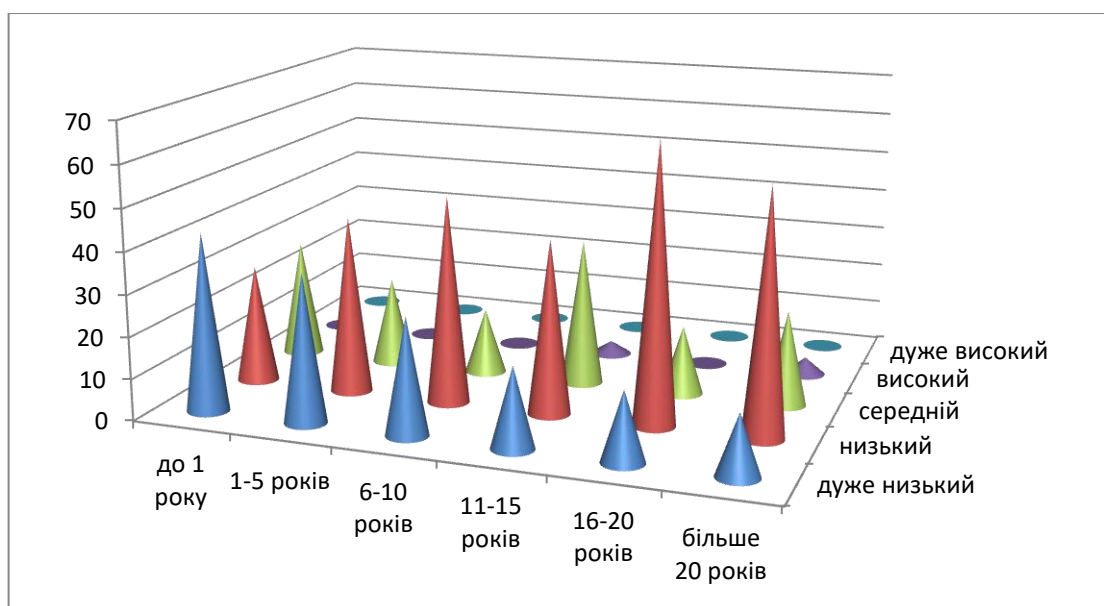


Рис. 3.13 Редукція особистих досягнень у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від трудового стажу

Середній рівень професійного вигорання виявлено у всіх групах опитаних. Найчастіше він зустрічається при наявності трудового стажу 11-15 років (83,9 %) та 16-20 років (83,3 %). У осіб, які працювали більше 20 років встановлено також і високий рівень – 6,3 %. В загальному по групах виявлено:

до 1 року – 14,3 %, 1-5 років – 39,3 %, 6-10 років – 56,0 %, 11-15 років – 83,9 %, 16-20 років – 83,3 %, більше 20 років – 68,8 % (рис. 3.14).

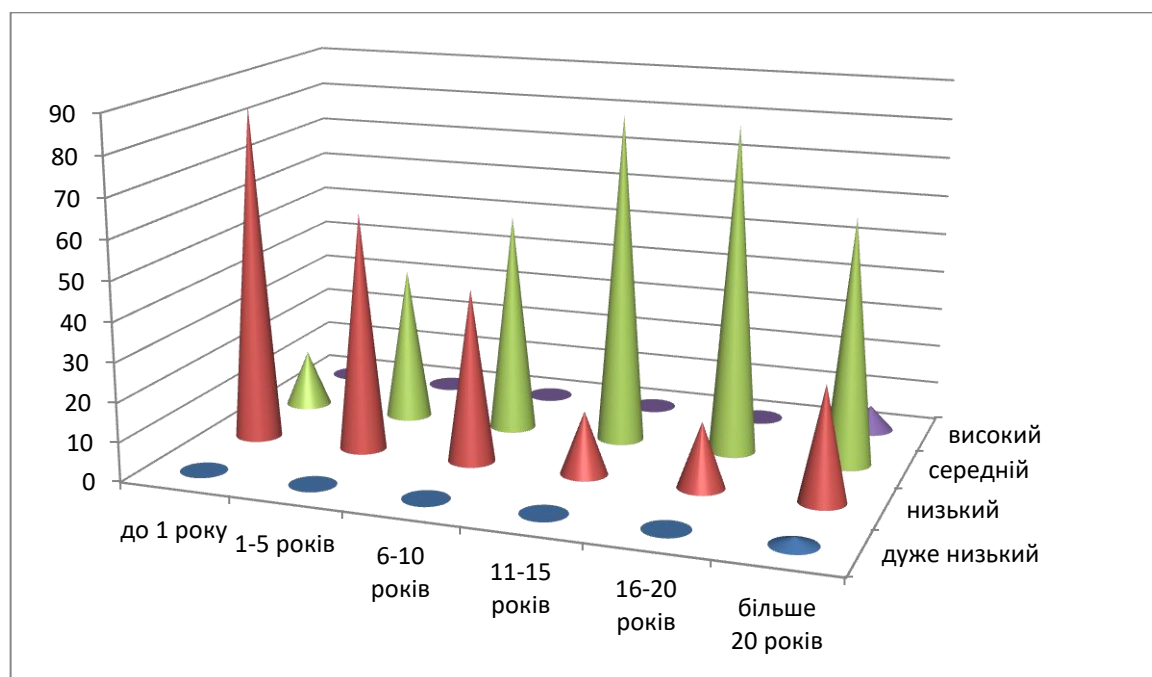


Рис. 3.14. Професійне вигорання у працівників екстреної медичної допомоги Львівської області залежно від трудового стажу

Отже, найбільше професійної допомоги психолога потребують медичні працівники віком 30-59 років та особи, які працюють 11-20 років.

3.2 Вплив професійного вигорання на якість надання медичної допомоги працівниками екстреної медичної допомоги

Сучасний стиль життя відзначається мультифункціональним впливом на всі сфери життя та здоров'я. Особливо це твердження актуальне в час пандемії COVID-19, коли значно зросло фізичне та психологічне навантаження на медичних працівників. Однією із важливих складових здоров'я є психічне здоров'я. Воно забезпечується самооцінкою індивідуума, впливом оточення, сім'ї, відносинами в трудовому колективі. Останнім часом зростають вимоги до психологічних ресурсів людини, які пов'язані з соціально-економічною нестабільністю в країні, військовим конфліктом на сході нашої країни. Це

зумовлює зростання масових специфічних соціально-психологічних явищ, в тому числі і професійне вигорання.

Саме професійне вигорання є одним із інтегральних показників для оцінки впливу професійного стресу на працівника. Найчастіше професійне вигорання розвивається у працівників, які постійно комунікують з людьми. Сюди належить і робота медичних працівників ЕМД.

Американський психіатр Н. Freudenberger у 1974 р. ввів у практику поняття професійного вигорання ("burnout"). К. Маслач визначає це явище як «синдром фізичного та емоційного виснаження, включаючи розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи і втрату розуміння і співчуття по відношенню до клієнтів». Вона констатує, що «вигорання» це скоріше не реакція на нудьгу, втрату творчого потенціалу, а це процес «емоційного виснаження, що виникає на тлі стресу, викликаного міжособистісним спілкуванням» [52].

Враховуючи поширеність цього явища в суспільстві та проблеми, які пов'язані з його розвитком ВООЗ включила в Міжнародну класифікацію хвороб 10 перегляду (МКХ-10) синдром емоційного вигорання. Йому надано діагностичний статус:

Клас XXI. Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я.

Z73 «Проблеми, пов'язані зі складними умовами життя» [57].

В українському законодавстві передбачено, що інтелектуальне та емоційне перевантаження, які трапляються на виробництві, належать до групи показників, що характеризують напруженість праці.

Праця медичного персоналу ЕМД характеризується невизначеністю умов, пов'язаних з наданням екстреної та невідкладної медичної допомоги, в умовах обмеження часу, іноді екстремальних умовах із загрозою здоров'я та життю медичного працівника, щоденним активним спілкуванням із хворими на різноманітні захворювання, виконанням складних медичних маніпуляцій та процедур, які потребують особливої уваги та турботи, можливою агресивною

поведінкою не завжди адекватних хворих або їх рідних. Тому праця персоналу ЕМД характеризується високим рівнем стресу і можливістю розвитку професійного вигорання.

Згідно досліджень, проведених у Великобританії, тимчасова непрацездатність у медичних працівників майже у половині випадків пов'язана із стресом. Серед лікарів загальної практики високий рівень тривоги був виявлений у 41 % обстежених, клінічно виражена депресія – у 26 %. Для корекції психологічних порушень рекомендують використовувати медикаментозні засоби [45]. Синдром професійного вигорання вважають індикатором порушення здоров'я працівників медичної галузі [11].

Окремі дослідження визначають рівень професійного вигорання у лікарів невідкладної допомоги на рівні 23,5 % [58]. Проте наші дослідження вказують на рівень професійного вигорання у медичних працівників ЕМД на рівні 63,7 %, що безумовно пов'язано з пандемією COVID-19. На даний час уже проводяться окремі дослідження щодо рівня професійного вигорання у медичних працівників в період пандемії COVID-19 [44].

Професійне вигорання зумовлює не лише особистісні проблеми медичних працівників. На робочому місці – це деформація системи комунікації в міжособистісних стосунках із пацієнтами та колегами. Розглянемо окремі складові професійного вигорання та їх вплив на якість надання медичної допомоги пацієнтам.

«Редукція особистих досягнень» призводить до розвитку у медичних працівників штучного звуження робочих функцій, а саме: небажання розширювати спектр власних професійних навичок і знань, зменшення комунікативних контактів із колегами та пацієнтами. В даному випадку механізм психологічного захисту зумовлює погіршення якості медичної допомоги внаслідок формальної консервації професійних навичок та знань на тлі зниження комунікативної активності.

Наявність «деперсоналізації (особистісне відчуження)» порушує механізм комунікації з пацієнтами та їхніми родичами. Це проявляється у відсутності

бажання спілкуватися з ними, надавати інформацію про результати діагностики захворювання, його прогнозу, особливостей обстеження, лікування, дії медичних середників. Деперсоналізація призводить до відсутності співчуття до пацієнта та його близьких, цинізму у висвітленні ситуації щодо хвороби.

«Психоемоційне виснаження» на відміну від попередніх складових впливає на здоров'я та особисті відчуття самих медичних працівників. Дана складова професійного вигорання формує у них розвиток певних симптомів та синдромів, які з часом можуть привести до формування складної органічної патології. До них належать: головний біль, біль в ділянці серця, шлунку, спини, підвищення артеріального тиску, безсоння, хронічна втома, тощо. Всі вони безсумнівно впливають на погіршення психофізіологічних здатностей працівників ЕМД (погіршення пам'яті, зниження уваги та швидкості психомоторних реакцій) і відповідно погіршують якість надання медичної допомоги пацієнтам.

Враховуючи специфіку роботи ЕМД, де від уваги, швидкості прийняття правильного рішення залежить здоров'я та життя пацієнтів наявність та рівень вираженості синдрому професійного вигорання становить значну проблему. Вона стосується як забезпечення здоров'я працівників ЕМД, так і вирішення організаційних, кадрових ризиків.

Професійне вигорання можна сприймати як один із кадрових ризиків неякісного надання медичної допомоги. Також професійне вигорання може бути індикатором ефективності кадрового менеджменту в ЕМД. Так високі показники частоти виявлення складових професійного вигорання у медичних працівників ЕМД можуть свідчити про недостатньо організовану систему управління на станції, недоліки організації процесу надання екстреної та невідкладної медичної допомоги.

3.3 Рекомендації для профілактики та корекції професійного вигорання

Для профілактики та подолання професійного вигорання працівників ЕМД необхідно об'єднувати зусилля як самих медичних працівників, так і адміністрації. Керівникам структурних підрозділів необхідно сприяти формуванню оптимального морально-психологічного клімату в колективі, адаптації персоналу на робочому місці, сприяти професійному та кар'єрному зростанню, оптимізувати систему матеріального та морального стимулювання працівників. Рекомендуємо у м. Львові ввести посаду штатного психолога, який зможе надавати послуги працівникам ЕМД з індивідуальної діагностики, психологічного консультування, корекційно-розвиваючої роботи.

Для працівників ЕМД нами розроблена низка рекомендації щодо профілактики та подолання симптомів професійного вигорання.

Задля уникнення синдрому професійного вигорання необхідно розраховувати та обдуманно розподіляти всі свої професійні навантаження, навчитися переключатися з одного виду діяльності на інший, уникати або позитивніше ставитися до конфліктів на роботі. Намагання завжди і у всьому бути кращим (синдром «відмінника») також приводить до незадоволеності своєю діяльністю, тому потрібно ставити менші вимоги до виконання незначних функцій, підвищувати свій професійний рівень і відповідно самооцінку. Дуже важливо мати емоційну спрямованість, бачити сенс у своїй професії, дотримуватися етичних норм і принципів, зростати в особистісній сфері.

Людина не завжди має можливість змінювати світ навколо себе, але може і повинна навести лад у власній душі та у своєму власному маленькому світі (сім'я, робоче місце тощо). Для цього необхідно використати особистісні якості людини: активність, самостійність, творче джерело, самодетермінацію, самовдосконалення. Кожна людина від народження має здатність керувати своєю поведінкою, спираючись на власні потреби. Ця здатність називається

саморегуляцією, яка може здійснюватися на біологічному рівні незалежно від волі та бажання людини, та на психологічному (на рівні спілкування, трудової діяльності). Психологічна саморегуляція є основним і необхідним атрибутом успішної особистісної активності задля збереження біологічного гомеостазу. Від неї залежить успішність, продуктивність, надійність і кінцевий результат будь-якого акту цілеспрямованої активності.

При дослідженні синдрому вигорання багатьма дослідниками встановлено, що професійне вигорання виникає там, де немає чітких посадових інструкцій та планування діяльності. Зрозуміло, що в умовах роботи ЕМД, яка нерідко супроводжується форс-мажорними обставинами, створення чіткого планування, не завжди можливе. Але для профілактики вигорання важливим є наведення перш за все ладу у власному особистісному світі. Починаючи робочий день, необхідно чітко визначити ті результати, в досягненні яких є потреба впродовж цього дня. У плануванні можуть допомогти як звичайна уява, так і планер-нотатник. Чітке окреслення подумки або на папері розпланованих завдань збереже від викликаного втомою та напруженням забування і сприятиме послідовнішому та спокійнішому виконанню трудових завдань.

Зрозуміло, що майже завжди в роботі бригади ЕМД можуть виникнути форс-мажорні обставини, які доволі важко врахувати, плануючи власну діяльність. Тому завжди потрібно ефективно та своєчасно корегувати власні дії, а нерідко і власні цілі.

В основі працездатності та збереження власного здоров'я під час здійснення професійної активності лежить планомірний розподіл праці та відпочинку не лише вихідних та робочих днів. В першу чергу важливими є якість та періодичність відпочинку, настання релаксації.

Відсутність м'язової релаксації призводить до виникнення м'язових спазмів та блоків переважно в ділянці грудного відділу хребта, зумовлюючи розвиток остеохондрозу, дегенеративних процесів в організмі тощо.

Під час 5- чи 10-хвилинної перерви або ж під час відносно тривалої обідньої перерви для підсилення якості відпочинку дуже доречно зробити

декілька простих вправ, які допоможуть розслабити м'язи шиї, рухові м'язи очей, органи дихання, м'язи спини та кінцівок. Головною умовою якісного відпочинку є повне розслаблення та відволікання від роботи.

- Сядьте на край стільця, вирівняйте спину і декілька разів пообертайте головою в різних напрямках, щосили витягуючи шию.
- Піднімайте та опускайте плечі, послідовно супроводжуючи виконання вправи колоподібними рухами плечей.
- Опустіть руки, стискаючи та розслабляючи пальці, послідовно супроводжуючи виконання вправи колоподібними рухами кистей рук.
- Міцно закрийте очі, потім розслабте повіки та зробіть колоподібні рухи очима в обох напрямках послідовно.
- Під столом підніміть ноги та, не опускаючи їх, пообертайте стопами послідовно в обох напрямках [48].
- Можна використовувати техніку дихальної релаксації за Сандомирським М.Е.. Для її проведення потрібно лише 1 хвилина, можна виконувати цей прийом по декілька разів (до 10–15) на день і не лише в ситуаціях дискомфорту та напруження. Таким чином можна відволіктися від поточних справ на певний час, стимулювати розслаблення м'язів, що дозволить відновити сили та зберегти працездатність. Виконувати техніку необхідно в моменти емоційного збудження, у стані напруженості, при виникненні сильного серцебиття під час сильних переживань, для зменшення втомленості після роботи, за наявності конфліктних ситуацій для збереження спокою [48].

На фізіологічному рівні допоможуть запобігти професійному вигоранню тривалий і якісний сон; раціональне, збалансоване по калорійності, вітамінному та мінеральному складу харчування; оптимальне фізичне навантаження, ранкова зарядка, ходьба, прогулянки на свіжому повітрі, танці. Приміщення потрібно регулярно провітрювати, так як недостатність свіжого повітря викликає гіпоксію, що супроводжується сонливістю та головним болем. Можна використовувати різноманітні водні процедури у вигляді контрастного душу

або плавання, ванни із відварами заспокійливих трав, ефірних олій; ароматерапію; фітотерапію, гомеопатію, масаж.

Для покращення стану емоційної сфери потрібно більше часу виділяти на спілкування із сім'єю, друзями, не переносити проблем із роботи на сімейне вогнище. Ефективними будуть заняття улюбленою справою (цікаві книги, рукоділля, садівництво), активний відпочинок (рибальство, туризм, катання на велосипеді), використання методів арт-терапії. Доцільно слухати приглушену класичну або легку інструментальну музику, сміятися, спілкуватися з природою, домашніми улюбленцями, застосовувати аутотренінг, медитацію.

Для зменшення редуції особистих досягнень потрібно проводити обмін професійною інформацією, підвищувати рівень професійної майстерності. Це надасть відчуття впевненості у своїх практичних навичках та вміннях. Для цього потрібно залучати персонал ЕМД до походження курсів підвищення кваліфікації, майстер-класів, конференцій, круглих столів та інш.

Важливими факторами для подолання проявів синдрому професійного вигорання у медичних працівників ЕМД залишаються: зменшення робочого навантаження, підвищення свідомої професійної мотивації, отримання справедливої винагороди за потрачені зусилля. Важливо дотримуватися режиму праці та відпочинку, використовувати перерви на роботі для релаксації, підтримувати задовільний фізичний стан та не зловживати засобами, які пригнічують або стимулюють діяльність нервової системи. Потрібно виховувати в собі впевненість у власні можливості. Необхідно уважно ставитися до власних емоційних переживань, втомленості та вміти тверезо оцінювати свої можливості та навчитися самовдосконалюватися. Зупинка в професійному розвитку, невдоволеність роботою, своїми вміннями призводить до поступового впадання в депресію та розвитку синдрому професійного вигорання.

Активний відпочинок, заняття улюбленою справою дозволяють відволіктися від професійних проблем, певних невдач чи напружених стосунків на роботі. Не потрібно переносити їх у домашні умови, на вихідні дні, які

краще провести з сім'єю, друзями для відновлення фізичних, емоційних можливостей організму задля якісного виконання професійних обов'язків у подальшому.

У провідних країнах світу на даний час для вирішення проблем професійного вигорання розроблені спеціальні тренінги. Однією із провідних методик є когнітивно-поведінкова психотерапія (cognitive behavioral therapy), сеанси групової психотерапії за методом Балінта. Заняття проводяться кілька разів на місяць, тривалістю 1,5-2 години, протягом декількох років. Група медичних працівників складається в середньому з 8-12 осіб. Проводять зустрічі психологи або психотерапевти. На заняттях розглядають різні ситуації, які можуть траплятися в професійній діяльності, труднощі, невдачі, емоційний вплив пацієнта на лікаря. Тему задають психологи. Для її розгляду пропонують рольові ігри, елементи психодрами, різноманітні способи невербальної комунікації. Такий підхід дозволяє розібрати стереотипний підхід у вирішенні проблем, налагодити ефективні взаємовідносини із пацієнтами.

У Німеччині популярністю користується медичний центр TOMESA, який розробив програму «Як подолати ознаки вигорання». Центральний союз професійних об'єднань запропонував для підприємств, де працюють фахівці із комунікації, програму «Психічні навантаження».

Тому ми рекомендуємо запровадити штатні посади медичного психолога у м. Львів та області для консультативної роботи з працівниками ЕМД.

Реалізація комплексу профілактичних заходів щодо професійного вигорання дозволить сподіватися на зниження поширеності професійного вигорання серед працівників ЕМД і, як наслідок, сприятиме покращенню надання екстреної та невідкладної медичної допомоги і покращенню здоров'я працівників ЕМД.

ВИСНОВКИ

1. Професійне вигорання – це складна проблема системи охорони здоров'я, яка поширена як серед лікарів, так і молодших спеціалістів з медичною освітою різної спеціалізації в Україні та світі.

2. Професійне вигорання виявлено у 63,7 % медичних працівників ЕМД, що безумовно пов'язано із пандемією COVID-19. При визначенні кореляційно-регресійного зв'язку встановлено достовірний вплив віку $r_{xy}=0,1699$ ($p=0,033$) та стажу $r_{xy}=0,2436$ ($p=0,002$) на розвиток емоційного виснаження.

3. Виокремлено велику групу медичних працівників віком 30-59 років та осіб, які працюють 11-20 років, що найбільше потребують професійної допомоги психолога. Якщо враховувати в загальному середній і високий рівень професійного вигорання, то він найбільше виражений у осіб віком 30-39 років (72,5 %), 40-49 років (74,4 %), 50-59 років (72,7 %) та при наявності трудового стажу 11-15 років (83,9 %) та 16-20 років (83,3 %).

4. Рекомендуємо запровадити штатні посади медичного психолога у м. Львів та області для консультативної роботи з працівниками ЕМД.

5. Реалізація комплексу профілактичних заходів щодо професійного вигорання дозволить сподіватися на зниження поширеності професійного вигорання серед працівників ЕМД і, як наслідок, сприятиме покращенню надання екстреної та невідкладної медичної допомоги і покращенню здоров'я працівників ЕМД.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка та соціальна робота у сучасному світологічному просторі // Освітологічний дискурс. 2011. № 1. С. 103–111.
2. Білоус В. В., Білоус Т. М., Колоскова О. К. Синдром емоційного вигорання у педіатра, який працює на різних рівнях медичної допомоги: // Буковинський медичний журнал. 2013. №4 (6). С. 79–82.
3. Боднар А. Я. Емоційне вигорання як внутрішньо особистісний конфлікт // XVIII міжнародна науково-практична конференція «Конфліктологічна експертиза: теорія та методика». Київ, 2019. С. 8–12.
4. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. Москва: Наука, 1996. 384 с.
5. Борисюк А. С. Професійна ідентичність медичного психолога: соціально-психологічний аналіз // Актуальні питання суспільних наук та історії медицини. 2015. № 4. С. 118–121.
6. Булах В. П. Синдром професійного вигорання як складний психофізіологічний феномен // Медсестринство: науково-практичний журнал. 2015. №4. С. 47–51
7. Бутиріна М., Новолаєв А. Шляхи попередження «професійного вигорання» педагогів // Актуальні питання гуманітарних наук. 2016. №15. С. 265–270
8. Главатська О. Особливості професійного вигорання соціальних працівників. // Social Work and Education. 2017. Vol. 4, № 2. PP. 46–62.
9. Гнускіна Г. В. Професійне вигорання підприємців: зв'язок із соціально-психологічними установками // Організаційна психологія. Економічна психологія: Науковий журнал. 2015. № 3. С. 30–37.
10. Головенко Х. В., Сопель О. М. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу і фактори, які спричиняють його розвиток. // Медсестринство, 2017. С. 51–53.

11. Горачук В. В. Наукове обґрунтування системи професійної реабілітації лікарів-педіатрів поліклінічних закладів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.02.03. Київ, 2009. 26 с.
12. Драга Т. М. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників / Т. М. Драга, О. П. Мялюк, І. Я. Криницька // Медсестринство. 2017. № 3. С. 48–51
13. Запобігання виникненню синдрому професійного вигорання та синдрому емоційного вигорання – шлях до збереження психічного здоров'я. Методичні рекомендації. Режим доступу: http://dspace.mnau.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/7932/1/Zapobihannia%20vynyknenniu%20syndromu_Ruryk.pdf
14. Знанецька О. М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. // Вісник Дніпропетровського університету ім. О. Гончара. Серія «Педагогіка і психологія». 2013. № 8. С. 80–87.
15. Зотова Р. А., Прокофьева Н. С., Цветков А. В. Роль социальной фрустрации в формировании телесного Я-образа у юношей. // Инновационное развитие. 2017. № 2. Ч. 2. С. 273–279.
16. Карамушка Л. М., Гнуєкіна Г. В. Психологія професійного вигорання підприємців. Київ: Логос, 2018. 198 с.
17. Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. Дослідження синдрому «професійного вигорання» у вчителів. Київ: Міленіум. 2004. 24 с.
18. Карташов В. Н. Эмоциональное выгорание у медицинского работника // Мистер Блистер. 2006. №10. С. 55
19. Комарова П. Г. Прояви синдрому професійного вигорання у вчителів (в умовах роботи закладів нового типу). Режим доступу: <http://mp2.umo.edu.ua/wp-content/uploads/2012/04/Комарова.pdf>
20. Кравець Н. М. Психологічні особливості професійної деформації медичних працівників (хірургів) // Науковий вісник. 2009. № 2. С. 1–14.

21. Лазуренко О. О. Психологія професійного здоров'я фахівця: до проблеми профілактики емоційного вигорання та формування емоційної компетентності лікаря // *Fundamental and Applied Researches In Practice of Leading Scientific Schools*, 2016. №1 (13). Режим доступу: <https://naukajournal.org/index.php/Paradigm/article/view/2147>
22. Лазуренко О. О., Тертична Н. А. Фаховий досвід та професійне вигорання медичних працівників. // *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 2018, № 25 (1), PP. 129–134.
23. Ленгле А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа: теоретическое исследование // *Вопросы психологии*. 2008. №2. С. 3–16.
24. Лєскова Л. Ф. Аналіз наукових підходів дослідження феномену професійного вигорання працівників соціальної сфери // *Вісник ХДУ. Серія Психологічні науки*. 2017. № 6; Т. 2. С. 154–159
25. Лисенко О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. // *Актуальні проблеми психології*. Київ, 2016. Том 1, №45. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v1/i45/12.pdf>
26. Марченко-Тябут Д. А. Личностная и реактивная тревожность у врачей различных специальностей // *Медицина*. 2005. № 2. С. 79–81.
27. Мащак С. Професійне вигорання особистості як соціально-психологічна проблема. // *Науковий вісник Львівський державний університет внутрішніх справ*. 2021. №2 (1). С. 444–452.
28. Мирончук Н. М. Професійне вигорання викладача вищої школи: чинники, ознаки, способи протидії // *Теоретичні і методичні засади розвитку і самовдосконалення особистості педагога-новатора в контексті модернізації нової української школи: зб. наук. – метод. праць*. Житомир: Вид-во Євенок О. О., 2017. С. 62–67.
29. Митченко Л. Э. Исследование факторов эмоционального выгорания педагогов. Тюмень, 2003. 72 с.
30. Мудренко І. Г., Потапов О. О., Сотніков Д. Д. Формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників різних спеціальностей //

- Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. 2016. Т. 4, № 2. С. 316–323.
31. Мухаровська І. Р. Емоційне вигорання у лікарів-онкологів: джерела професійного стресу та медико-психологічні потреби // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, №2. С. 73–78.
32. Олійник І. В. Причини виникнення та профілактика синдрому професійного вигорання у педагогів // Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Педагогіка і психологія. 2017. № 1. С. 118–125.
33. Перхайло Н. А. Попередження професійного вигорання майбутніх фахівців соціальної сфери // Педагогіка та психологія. 2016. №55. С. 202–210.
34. Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери: методичні рекомендації / за заг. ред. М. Л. Авраменка. Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів. Львів, 2008. 53 с.
35. Ржевська-Штефан З. О. Спонтанність особистості і синдром професійного вигорання у педагогів // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. 2014. № 41. С. 356–360.
36. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів // Економічний вісник Донбасу. 2020. № 1 (59). С. 123–129
37. Романовська О. В. Причини та особливості прояву синдрому «професійного вигорання» в соціальних працівників // Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право: зб. наук. пр. Київ, 2011. № 3 (11). С. 103–107.
38. Свінцицька Н. Л., Когут І. В., Каценко А. Л. Шляхи подолання та профілактики «Емоційного вигорання» у викладачів закладів медичної освіти та медичних працівників // Science and education: problems, prospects and innovations: proceedings of The 7 th International scientific and practical conference, Kyoto, Japan, April 1–3, 2021. Kyoto: CPN Publishing Group, 2021. P. 896–904.

39. Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета. 2005. № 43. Режим доступа: http://medgazeta.rusmedserv.com/2005/43/article_1322.html
40. Сипченко О. М. Професійне вигорання викладачів ЗВО як психологічна проблема // Молодий вчений. 2018. № 10 (62). С. 106–109.
41. Сіпко Л. О. Психологічні детермінанти професійного вигорання у працівників соціономічних професій // Психологічний часопис. 2019. Т. 5, № 9. С. 220–233.
42. Стаднюк Л. А., Давидович О. В., Приходько В. Ю. Синдром емоційного вигорання: фактори, що сприяють його виникненню і попередженню // Вісник наукових досліджень. 2017. № 1. С. 145–149.
43. Стресс, выгорание, совладения в современном контексте / под ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко. Москва: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. С. 391–392
44. Теленько І. С. Професійне вигорання медичних працівників в часі реформування медичної галузі та пандемії COVID–19 // Стратегічні напрямки розвитку науки: фактори впливу та взаємодії: матеріали міжнар. наук. конф. (22 трав. 2020 р., м. Суми). Суми: МЦНД, 2020. Т. 2. С. 102–107.
45. Чабан О. С. Місце нейрорептиків у загальносоматичній практиці, в т.ч. можливості психофармакокорекції сформованого синдрому вигорання медичних працівників. Режим доступа: <https://health-ua.com/article/64966-mstce-nejroleptikv-uzagalnosomatichnj-praktitc-vt-chmozhlivost-psihofarmako>
46. Чутко Л. С., Козина Н. В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. Москва: МЕДпресс-информ, 2014. 256 с.
47. Шароватова О. П., Московка А. О. Небезпекі трудової діяльності медичних працівників та забезпечення безпечності лікарняного середовища // Проблеми техногенно-екологічної безпеки: освіта, наука, практика:

- Матеріали міжнар. наук. – практ. конф. (м. Харків, 21–22 лист. 2019 р.). Харків: НУЦЗУ, 2019. С. 203–205.
48. Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції // Український медичний часопис. 2009. № 2 (70). С. 57–59.
49. Шкрабюк В., Білик Д. Емоційне виховання особливостей: психологічний аналіз проблем. // Молодий вчений. 2020. №10 (86). С. 293–296.
50. Brill P. L. The need for an operational definition of burnout. // *Family & Community Health*, 1984. №6 (4), PP. 12–24.
51. Hromtseva O. Notion of professional burn out of medical workers and research of its phenomenology. // *European Journal of Management Issues*. 2019. №27 (3). PP. 63–72.
52. Maslach C. Prevention of burnout: new perspectives // *Applied and Preventive Psychology*. 1998. № 7. P. 63–74.
53. Miller D. Stress and Burnout in HIV. // *AIDS*. 1996. № 10. PP. 213–219.
54. Templeton K, Bernstein C, Sukhera J et al. Gender-Based Differences in Burnout: Issues Faced by Women Physicians. *NAM Perspectives*. 2019.
55. Von Onciul J. ABC of work-related disorders: stress at work. // *British Medical Journal*. 1996. № 313. PP. 745–748.
56. West C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018. №283 (6). PP. 516–529.
57. World Health Organization. The ICD–10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO. 1992. P. 51.
58. Федак Б.С. Диагностика синдрома професіонального вигорання у бригад сотрудников скорой и неотложной помощи / Б.С. Федак // *Психиатрия*. – 2007. – № 12. – С. 25-27.