

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	2
ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ СУЧАСНОЇ НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ.....	8
1.1. Ретроспективний аналіз становлення концепції професійного вигорання.....	8
1.2. Особливості професійного вигорання серед медичних працівників...	19
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНІ ЧИННИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ	29
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	43
3.1 Організація і методика дослідження синдрому професійного вигорання.....	43
3.2. Діагностика синдрому професійного вигорання.....	47
РОЗДІЛ 4 ПРОФІЛАКТИКА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ.....	59
4.1. Сучасні стратегії подолання синдрому професійного вигорання.....	60
4.2. Способи і прийоми емоційної саморегуляції для медичних працівників при синдромі професійного вигорання.....	66
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ	80



## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

СЕВ	Синдром емоційного вигорання
ЛЗНПД	Лікувальний заклад з надання психіатричної допомоги
СПВ	Синдром професійного вигорання
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Останнім часом в суспільстві, на жаль, все частіше формується (з використанням ЗМІ, кіноіндустрії та соціальних мереж у тому числі) уява про "бездуховність", черствість та навіть шкідництво однієї з самих гуманних професій в світі – професії медика. Окрім поодиноких, рідкісних випадків дійсної невідповідності помилково вибраної професії медика, підставою для таких звинувачень лікарів та медсестер все частіше трапляються випадки їх професійного вигорання та наслідки цього процесу.

Справа у тому, що в комунікативних професіях, в яких діяльність передбачає постійний контакт з людьми та надмірну емоційну насиченість, умови праці доволі часто стають причиною формування такого складного та багатогранного явища як **синдром емоційного вигорання (СЕВ)**. Вигорання - це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації (втрата індивідуальності, відокремленості від інших) і зниження особистих досягнень. Вигорання розповсюджене у всьому світі та не є унікальним явищем для нашого часу; характеризується втратою енергії та мотивації, слабкістю, почуттям зношеності та надмірної обтяженості, розчаруванням, поганим моральним станом, соціальним роз'єднанням [1], відступом від цілі, цинізмом, знеособленістю, втратою драйву та інтересу до своїх професійних обов'язків.

Одне з чільних місць серед спеціальностей з високим ризиком формування СЕВ займає професія медичного працівника. На жаль, це майже неминучий процес серед висококваліфікованих та високомотивованих працівників в медичній сфері та є реакцією на хронічне емоційне напруження внаслідок роботи з іншими людьми, особливо якщо вони стурбовані або мають проблеми.

Особливо гостро дослідження та вивчення СЕВ в Україні постало в останні роки. Соціальне опитування показало, що лише 5 % українців ніколи

не стикалися з емоційним виснаженням і не знають, що це таке. Усі інші або колись потерпали від цього стану, або досі перебувають у ньому.

Сьогодні соціально-економічні перетворення та несприятлива політична ситуація в країні, складнощі впровадження реформи охорони здоров'я, вірусна пандемія супроводжуються стресами та невпевненістю в майбутньому, що негативно впливають на психологічне, матеріальне, професійне благополуччя медичних працівників. Це, безумовно, негативно позначається на якості надання медичної допомоги на всіх рівнях, що призводить до нівелювання престижу професії, відтоку висококваліфікованих кадрів, зменшенню обсягу медичних послуг та погіршення репутації будь-якого медичного закладу.

Інтерес до вигорання завжди поширювався та залежав від соціально-економічного розвитку країни чи регіона. Глобалізація, приватизація та, навіть, комп'ютеризація спричиняють швидкі, а іноді і миттєві зміни у робочому житті. Постійно виникає необхідність оволодіння новими навичками, новими видами робіт, підвищення продуктивності праці. Ці зміни не минули і медичних працівників – взаємозамінність, часто, вимушена, розширення обов'язків та повноважень, постійне очікування нових впроваджень – вимагають від медиків посиленої уваги, зібраності, стресостійкості. Загальне прискорення темпу життя та збільшення інформаційного тиску на особистість утворюють передумови розвитку вигорання.

Хоча вигорання невід'ємно зв'язане з професійною діяльністю, фактори, що впливають на розповсюдження можуть бути дуже різноманітними. І сучасність вносить свої корективи. Особливо це стосується зовнішніх факторів впливу на СЕВ.

Науковий і практичний інтерес до синдрому вигорання обумовлений тим, що його наслідки є небезпечними не лише для медичних працівників, а й для об'єктів їх професійної діяльності – пацієнтів, людей, що потребують

особливого догляду, посиленої уваги, психологічної та емоційної підтримки. Професійно виснажений, емоційно знесилений лікар чи медична сестра не спроможні продуктивно працювати, оскільки у них знижується рівень психологічної готовності до інноваційної діяльності, особистісного та професійного самовдосконалення, погіршуються взаємини з адміністрацією, колегами, клієнтами.

Згідно концепції розвитку охорони психічного здоров'я під егідою ВООЗ, МОЗ України, Швейцарської агенції розвитку та співробітництва, Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), Світового банку та Департаменту охорони здоров'я Луганської облдержадміністрації у Луганській області була створена Координаційна рада для впровадження проекту «Психічне здоров'я для України на період до 2030 року [2].

Ця концепція передбачає вирішення ряду проблемних питань надання спеціалізованої медичної допомоги людям з психічними розладами. Ось лише деякі з них: несвоєчасність звернення до лікування, великий відсоток людей з залежностями, анозогнозія захворювань, зростання аутичних розладів у дітей, організація мобільних бригад з надання психіатричної допомоги, інтеграція послуг із розвитку психічного здоров'я до первинної ланки, недостатність кваліфікованого персоналу. Варто враховувати і те, що ЛЗНПД Луганської області забезпечені лише на 75-80% лікарями, з яких 40% це люди пенсійного віку. Як бачимо, кадрова проблема дуже актуальна. А це значить, що виконання поставлених задач збільшує навантаження на медичний персонал, рівень відповідальності кожного працівника. Вимоги до підготовки та кваліфікації медичних кадрів усіх щаблів також значно підвищились за доволі короткий проміжок часу, що, несумнівно, додає стресоутворюючих факторів у професійній діяльності.

**Об'єкт дослідження:** фахівці з вищою медичною освітою та молодші фахівці з медичною освітою.

**Предмет дослідження:** специфіка роботи медичних працівників психіатричних закладів у сучасних умовах з урахуванням особливостей Луганської області.

**Мета дослідження** полягає в висвітленні особливостей виникнення та розповсюдження СЕВ у медичних працівників Луганської області, що працюють в закладах охорони здоров'я які надають психіатричну та наркологічну допомогу населенню в сучасних умовах.

**Методи дослідження:** аналіз та узагальнення літературних даних, що висвітлюють проблематику професійного вигорання; аналіз та узагальнення національних інституцій; психодіагностичні дослідження відповідно до використаних та розроблених автором опитувальників, аналіз статистичної звітності; вибіркові бесіди (інтерв'ю); спостереження за об'єктами.

**Завдання,** які висвітлюються в цій роботі:

- Оцінити рівень та ознаки вигорання серед медичних працівників Луганської області, що працюють в закладах охорони здоров'я які надають психіатричну та наркологічну допомогу.

- Проаналізувати основні причини вигорання та його наслідки.

- Проаналізувати та порівняти стадії професійного вигорання у працівників різного віку, статусу та вплив на професійну діяльність.

- Оцінити рівень поширеності практик профілактики та подолання вигорання в лікувальних закладах та їх вплив на рівень вигорання працівників.

**Наукова новизна.** Автор проаналізувала рівень розповсюдженості СЕВ у медичних закладах вторинного та третинного рівня допомоги (психіатрія) в Луганській області. Здійснено комплексне опитування медичних працівників психіатричних закладів регіону; розглянуто та підтверджено додаткові специфічні та зовнішні фактори впливу на розвиток професійного вигорання у медичних працівників.

**Практичне значення одержаних результатів.** Проведені дослідження допомогли проаналізувати психологічні, соціальні та економічні фактори впливу на СЕВ; звернути увагу на загострення проблеми в регіоні та виокремити рекомендації щодо запобігання СЕВ на робочому місці.

**Апробація результатів роботи.** Результати досліджень, що включені до магістерської роботи, оприлюднені на підсумкових науково-практичних конференціях.

**Публікації.** За матеріалами магістерської роботи опубліковано 3 статті у фаховому науковому журналі «Медсестринство».

**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 9 додатків.



## РОЗДІЛ 1

### АНАЛІЗ СУЧАСНОЇ НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ

#### **1.1. Ретроспективний аналіз становлення концепції професійного вигорання**

Взагалі, цікавість наукової спільноти та суспільства до синдромів вигорання виникла дуже давно. Існує безліч описів симптомів вигорання як в художній літературі, так і в наукових статтях, публікаціях. Але , майже до середини 20 сторіччя термін «вигорання» не використовується авторами, хоча поглиблений опис симптомів та синдромів дуже підходить до сучасного поняття. Майже всі описи свідчать про психічне виснаження, роз'єднання з людьми, погіршення соціальної адаптації. Як приклад , часто згадують біблійську легенду про Моїсея, його довготривалу відданість справі, величезну віддачу на тлі незадоволення, непорозуміння та вимог до отримання результату. Як аналог, згадується ще один біблейський пророк Ілля і симптом, названий в його честь – «втома Іллі» - що характеризує наслідки інтенсивності та виснажливості праці, високу прихильність справі, розчарування та «соціальну неангажованість».[3]. Цей лейтмотив простежується і в творах Томаса Манна, Джека Лондона, Теодора Драйзера, Антона Чехова тощо.

Десь у 19 сторіччі в поле зору мислителів та дослідників потрапив прошарок суспільства з вираженими симптомами вигорання. Це були яскраві представники індустріальної ери – успішні бізнесмени та фінансисти, представники адвокатури, інженерно-технічні працівники. Проблема вигорання або нервового виснаження розглядалася через призму освіченої еліти та інтелігенції. Лише згодом проблема вигорання почала десоціалізуватися та демократизуватися. Що яскраво представлено, наприклад, у фільмі Ч. Чапліна 1936 року «Нові часи»: знаменита сцена з конвейером.

Спочатку симптоми описувалися та узагальнювалися як прояви «нервової слабкості», або неврастенії. У 1869 році Джорж Міллер Борд писав про неврастенію, як про соматичне виснаження нервової енергії, спричинене більш швидким темпом життя, та описував стан з симптомами втоми, тривожності, головного білю, серцебиття, гіпертонії, невралгії і пригніченого настрою. Ван Дойзен аналізував цей стан, спостерігаючи за дружинами багатих землевласників на фермах, ранчо, скарги яких стосувалися ізоляції та відсутності зайнятості, тоді як Брод пов'язував цей стан із зайнятими жінками в суспільстві та надмірно працюючими бізнесменами. У другій половині 19 сторіччя неврастенія стала «популярним» «модним» діагнозом, розширившись і, включивши в себе такі симптоми, як слабкість, запаморочення і непритомність. Загальним лікуванням, яке пропагували неврологи та психіатри того часу був відпочинок, особливо для жінок.. З'явилася, навіть, ціла «індустрія неврастенії» - відкривалися нові курорти, санаторії, пропонувалися різноманітні медичні послуги та поради, технологічні засоби лікування, що продавалися, рекламувалися, виконуючи вимоги потенціальних респектабельних клієнтів та підлаштовуючись під їх статус та гаманець[4].

Але, поняття неврастенії охоплювало в собі занадто багато симптомів, що призвело до громіздкого та неспецифічного діагностичного засобу. І лише багато років поспіль було виокремлено окремі симптоми і, досліджений зв'язок з професійною діяльністю. У цей період досліджень та висновків щодо виду діяльності та впливу відповідних факторів на розвиток виснаження майже не було.

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

Раннім розробкам притаманна деяка фрагментарність, і вони переважно стосуються того періоду, коли феномен вигорання уже став загальновідомим.

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

Розповсюдження цього явища пов'язано з соціальними, економічними, та культурними подіями того часу (60-ті роки ХХ сторіччя), а саме:

1) Приплив ідеалістично мотивованих людей до сфери послуг завдяки економічній політиці (розвиток малого бізнесу, збільшення потреб населення післявоєнних країн, міграція).

2) Розвиток індустріалізації, швидкий темп змін професій, бюрократизація та формалізм у великих корпораціях. Сприяв розвитку вигорання і дисонанс між утилітарними організаційними цінностями та особистими і професійними якостями.

3) Культурна революція (відлига) послабила професійний авторитет лікарів, медсестер, вчителів, соціальних працівників тощо.

4) Соціальне напруження – зростаюча розбіжність між працею професіоналів та винагородою за неї, зниження умов визнання та подяки, загроза безробіття.

Додатковими чинниками, що сприяли розповсюдженню вигорання виступили: зменшення впливу традиційних соціальних спільнот (церква, сім'я, громада); розвиток несприятливих тимчасових соціальних відносин (громадянський шлюб, зниження відповідальності у особистих стосунках тощо) [5].

У 1974 році термін «staff burn-out» (вигорання працівників) ввів американський психіатр Герберт Фройденберг. Цей термін був використаний як неформальний та повсякденний та відносився раніше до сленгу

наркозалежних та відображав наслідки тривалого вживання наркотичних засобі. В працях Фройденберга вигорання було описане як поступове емоційне виснаження, втрата мотивації, зниження рівня прихильності до виконуваної роботи. Його клінічна концепція емоційного вигорання була розроблена під час роботи у безкоштовних клініках і терапевтичних спільнотах при спостереженні за волонтерами та медичними працівниками. У своїй статті Фройденберг розглядав стан соціальних працівників, який був дуже схожий на депресію. Спочатку волонтери та інші працівники були натхненні своєю справою, але з часом їх завзяття зменшилося. Як наслідок це призвело до стану постійної втоми, небажання йти на роботу, працівники почали частіше хворіти. Він також відмітив стан який назвав дегуманізацією. Це негативне ставлення до людей, яким волонтери спочатку допомагали та відносилися уважно та з добросердечними намірами. Цей стан проявлявся і в інших соціальних зв'язках - погіршилися відносини з колегами, особисте та професійне спілкування стало тягарем. Фройденбергом була описана та досліджена ще одна група симптомів - різке зниження продуктивності праці. Працівники перестали бачити користь від своєї діяльності, не відчували сил, пасували перед відповідальністю, що була покладена на них. В результаті свого дослідження психіатр виділив декілька фаз формування синдрому емоційного вигорання:

- Перша з них характеризується наявністю сильного бажання самореалізації, часто приєднується елемент змагання. Людині (працівнику) важливо відчувати, що він чогось досяг, що його дії та праця не марні;

- Друга фаза - згодом людина відсторонюється від суспільства або громади та починає зневажливо відноситися до себе. Часто зводиться на нівець спілкування з оточуючими, заняття спортом тощо;

- У третій фазі поступово відбувається повне ігнорування проблем. У людини не вистачає сил на вирішення конфліктів, тому вона їх просто

- уникає. В цей період вона , навіть, не помічає та не здогадується про те, що щось не так у стосунках з близькими;

- У наступній четвертій фазі людина стає схожою на робота. Вона механічно виконує роботу, проживає дні на автоматі, додатково відчуває стан внутрішньої спустошеності;

- У фінальній п'ятій фазі людина вже знаходиться у відчаї та на фізичному рівні відчуває розлади психіки. Цей стан може супроводжуватися когнітивними змінами, навіть суїцидальними думками.

Фройденберг як практичний психолог був більш зацікавлений у попередженні та боротьбі з проявами вигорання, а не в розумінні та дослідженні його сутності та факторів розвитку синдрому [6].

У 1976 році американською дослідницею і соціальним психологом Христиною Маслач була розроблена сама концепція вигорання. Замість терміну «staff burn-out» вона започаткувала використовувати поняття «вигорання» (припинення горіння). Крім того, нею у 1986 був розроблений опитувальник для визначення рівнів виразності та поширеності синдрому вигорання (перегорання) серед професійного контингенту, у тому числі медичних працівників. Ця методика і досі використовується у практиці охорони здоров'я, освіті, бізнесі та управлінні для сучасної та всебічної діагностики синдрому вигорання з подальшим визначенням рівня профілактичного впливу, як при створенні оптимізації терапевтичного середовища, так і щодо профілактики накопичення емоційного напруження. Він є актуальним та базовим і для сьогодення. [7].

Сьогодні існують кілька моделей емоційного вигорання, які представляють результативний підхід.

**Однофакторна модель** емоційного вигорання (Пайнс, Аронсон). Відповідно до неї, вигорання – це стан фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, викликаного тривалим перебуванням в емоційно

перевантажених ситуаціях. Виснаження є головною причиною, а інші прояви дисгармонії переживань та поведінки є наслідками.

**Двофакторна модель** (Д. Дирендонк, В. Шауфелі, Х. Сиксма). Синдром вигорання зводиться до двомірної конструкції, яка складається з виснаження та деперсоналізації. Перший компонент, який назвали «афективним», відноситься до сфери скарг на своє здоров'я, фізичне самопочуття, нервові напруження, емоційне виснаження. Другий - деперсоналізація - проявляється у зміні відношення або до пацієнтів, або до себе.

Найбільш поширеною концепцією результативного підходу є **трифакторна модель** К.Маслач та С.Джексон. Вигорання за цими авторами – це реакція-відповідь на тривалі професійні стреси міжособистісних комунікацій, яка включає три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень.

**Чотирифакторна модель** (Firth, Mims, Iwanicki, Schwab). В цій моделі вигорання один із елементів (емоційне виснаження, деперсоналізація або редукції особистих досягнень) розділяють на два окремі фактори. Наприклад, деперсоналізація, пов'язана з роботою та з реципієнтами відповідно [8].

Відстежуючи ранні публікації з цієї теми, відзначаємо підтвердження того, що всі симптоми є наслідками швидких соціальних і технологічних змін на тлі розвитку індустріального суспільства, а вигорання є психологічним станом, що корениться в конкретному історичному та соціально-культурному контексті.

В останній час концепція синдрому емоційного вигорання поширилася на спеціальності, для яких контакт з людьми взагалі не характерний – програмісти, копірайтери, водії.

За концепцією Буріша виділені декілька фаз синдрому професійного вигорання:

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

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

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

4) фаза деструктивної поведінки: а) в інтелектуальній сфері - ригідність мислення, згасання уваги; б) у мотиваційній сфері - зниження ініціативності; в) у емоційно вольовій сфері - самотність, відмова від власних інтересів тощо;

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

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

Учений В.В. Бойко розробив власну класифікацію симптомів, що супроводжуються різними компонентами «професійного вигорання». Створена ним «Методика діагностики рівня емоційного вигорання» дає змогу оцінити прояви синдрому за дванадцятьма основними симптомами, що зазвичай супроводжують три компоненти «професійного вигорання».

*Фаза «напруження»* – «емоційне виснаження» проявляється в переживаннях зниженого емоційного тону, підвищеній психічній виснаженості і афективній лабільності, втраті інтересу і позитивних почуттів до оточуючих, відчутті «перенасиченості» роботою, незадоволеністю життям в цілому.

1. Симптом «переживання психотравмуючих обставин» - проявляється в посиленні усвідомлення психотравмуючих чинників професійної діяльності, які важко або не можливо усунути.

2. Симптом «незадоволення собою» – в результаті невдач або нездатності вплинути на психотравмуючі обставини, людина зазвичай відчуває незадоволення собою, обраною професією, посадою.

3. Симптом «загнаності в клітку» – коли психотравмуючі обставини дуже тиснуть і усунути їх неможливо, з'являється відчуття незадовільністю аспектами своєї роботи. Часто йде переосмислення цілей, збільшується відчуття соціальної несправедливості, людина змінює плани, може з'явитись дратівливість та гнівливість як реакція на зовнішні подразники.

4. Симптом «тривоги і депресії» – виявляється узв'язку з професійною діяльністю в особливо складних обставинах, що спонукають до емоційного вигорання як засобу психологічного захисту.

*Фаза «резистенції»* - фактично це опір стресу, що зростає, починається з моменту появи тривожного напруження. Людина усвідомлено або несвідомо прагне до психологічного комфорту, намагається знизити тиск зовнішніх обставин за допомогою наявних у її розпорядженні засобів.

1. Симптом «неадекватного вибіркового емоційного реагування» - ознака вигорання, коли професіонал перестає відрізняти різницю між проявом емоцій і неадекватним вибірково емоційним реагуванням.

2. Симптом «емоційно-моральної дезорієнтації» - нерідко у професіонала виникає потреба в самовиправданні, не виявляючи належного емоційного, або навіть, адекватного ставлення до суб'єкта, працівник просто захищає свою стратегію. Адже професійна діяльність, що побудована на людському спілкуванні, не знає виключень та не сприймає байдужості.

3. Симптом «розширення сфери економії емоції» - має місце тоді, коли дана форма захисту здійснюється поза професійною діяльністю (в спілкуванні з рідними, знайомими та друзями).



4. Симптом «редукції професійних обов'язків» - у професійній діяльності редукція проявляється у спробах полегшити обов'язки, які вимагають емоційних витрат або, навіть, уникнути їх виконання, ховаючись за канцеляризмом чи, маніпулюючи іншими співробітниками або підлеглими.

*Фаза «виснаження»* – характеризується більш-менш вираженим падінням загального енергетичного тону й ослабленням нервової системи. Емоційний захист у формі «вигорання» стає невід'ємним атрибутом особистості.

1. Симптом «емоційного дефіциту» – професіонал відчуває, що емоційно він уже не може допомагати суб'єктам своєї діяльності. Не в змозі увійти в їх становище, брати участь у спільній діяльності, співпереживати, відгукуватися на ситуації, що повинні зачіпати, спонукати, підсилювати інтелектуальну, вольову й етичну віддачу.

2. Симптом «емоційної відчуженості» - особистість майже повністю виключає емоції зі сфери професійної діяльності. Реагування без відчуттів і емоцій - найяскравіший симптом «вигорання». Він свідчить про професійну деформацію особистості й завдає збитки суб'єкту спілкування.

3. Симптом «особистісної відчуженості, або деперсоналізації» - проявляється у повній або частковій втраті інтересу до людини - суб'єкта професійної діяльності. Об'єкт обтяжує професіонала своїми проблемами, потребами, йому неприємна ні його присутність, ні факт його існування. Посилюється соціальна або комунікативна замкнутість, когнітивна напруга.

4. Симптом «психосоматичних і психовегетативних порушень» - проявляється на рівні фізичного і психічного самопочуття. Перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматики свідчить про те, що емоційний захист (вигорання) не спрацьовує, людина самотійно вже не справляється з навантаженнями, і, енергія емоцій перерозподіляється між іншими підсистемами особистості [10].

До категорії працівників, які підпадають під вплив синдрому професійного вигорання, відносяться працівники майже усіх професій, які так або інакше взаємодіють з людьми. Цьому сприяють багато фізіологічних, психологічних, економічних і соціальних факторів. Інтенсивне спілкування в рамках трудової діяльності підвищує вірогідність виникнення синдрому. До факторів, які сприяють розвитку цього феномена, окрім основних (особистісні, рольові та організаційні), відносяться додаткові, характерні для кожної професії та служби фактори, такі як і незадоволеність матеріальних потреб та потреба в самореалізації, низький статус у професійній групі тощо (додаток 1). Постійне психологічне і фізичне напруження та навіть перенапруження закономірно призводять до невротизації [11].

Спочатку наукове товариство вважало вигорання псевдонауковим поняттям і звинувачувало дослідників у популізмі. Але згодом, після хвилі емпіричних досліджень та збільшення кількості публікацій щодо вигорання, ставлення до цієї проблеми змінилось.

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

За даними Psyc INFO (найбільшої в світі електронної інформаційної бази, що видається Американською психологічною асоціацією, і містить відомості про психологічні публікації у книгах, монографіях, збірниках, дисертаціях, періодичних виданнях), з часу своєї появи на науковому небосхилі проблема постійно привертає зростаючий інтерес дослідників. Кількість публікацій з питань емоційного вигорання з 1977 року налічується більше трьох тисяч, причому майже половина з них вийшли в останні десятиріччя [13].

Але інтерес до цієї проблеми не вщухає і сьогодні. Вивчаються специфіки нових професій, нові фактори впливу на розповсюдження СПВ,

нові методики досліджень та методи подолання цієї проблеми. Про це свідчать дані Українського інтернет-ресурсу GoogleАкадемія, бо лише на теперішній час він дає більш 9200 посилань на статті щодо проблематики професійного вигорання [14].

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

Останні десятиліття повсякденне життя змінюється дуже швидко, а іноді кардинально. У всьому світі у людей виникають питання чи проблеми, які потребують, навіть не швидкого, а негайного вирішення. При чому соціальні фактори, що спонукають розповсюдження СЕВ постійно розширюються, та змінюються. Що підтверджує пандемія COVID-19, яка охопила весь світ, а за деякими даними, це вже є синдемія у всіх її варіантах [15]. К.Маслач, аналізуючи дослідження СПВ до 2010 року, підтверджує, що історично СПВ зачіпає десь 10% працівників, а на теперішній час більше 20%.

Таким чином, виділяються такі періоди вивчення професійного вигорання:

- період донаукового, описового осмислення, який тривав до 1974 р. ХХ ст., який представлено описами проявів вигорання у Біблії, художній літературі, біографічних та автобіографічних матеріалах;

- період наукового осмислення – 1974 – сер. 1980-х рр. ХХ ст. У наукових працях з'явився термін «вигорання», який тлумачили з позицій теорії стресу; окреслились два підходи до його дослідження: клінічний, започаткований у 1974 р. Г. Дж. Фройденбергером, і соціально-психологічний, заснований К. Маслач у 1982 р.;

- аналітико-експериментальний період, що припадає на – середину 1980-х рр.– 1992 р. Він характеризується вивченням професійного

вигорання як комплексу взаємопов'язаних симптомів, розробкою відповідного психодіагностичного інструментарію; визначились нові підходи до його феноменології: результативний, процесуальний, синтетичний;

– сучасний період – з 1992 р.: професійне вигорання вивчає широке коло дослідників і міжнародних організацій; синдром вигорання вноситься до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я» десятого перегляду (надалі – МКХ-10).

«Професійне вигорання», попри відносну новизну терміна, не є продуктом нинішніх вельми складних політичних, соціально-економічних та екологічних умов буття людства, однак саме в наші дні це стало однією з актуальних і складних міждисциплінарних проблем, що зумовлено помітним зростанням кількості «вигорілих» спеціалістів, високою соціально-економічною ціною цієї тенденції. І подолання або ж профілактика розповсюдження СЕВ у споживацькій прагматичності нашого часу, спрямованій на максимальну продуктивність задля прибутків, що породжує поспіх, перевантаження, перенапруження, перевтому тощо, стає дуже актуальним та є значним сегментом в загальній картині психічного здоров'я нації.

## **1.2. Особливості професійного вигорання серед медичних працівників**

У сучасному соціумі відбувається значна кількість соціально-економічних змін, що впливають на виконання особистістю своєї професійної діяльності та ставлення до неї.

Будь-яка професія має свої складні сторони, комплекси психотравмуючих факторів, що впливають на життя людей. Особливо сильні негативні ураження особистості притаманні числу професій системи «людина-людина». Не виключення є професія медичного працівника.

Професійна деформація розвивається поступово з професійної адаптації, яка є необхідною для медичного працівника. Адаптація до нових, а тим більше до екстремальних умов, досягається ціною витрат функціональних резервів організму за рахунок так званої соціальної плати. Реакція організму на зовнішні і внутрішні впливи протікає в залежності від сил чинника, часу його дії та адаптаційного потенціалу працівника.

Медична робота справедливо вважається професією, що вимагає великої емоційної завантаженості, відповідальності та має невизначені критерії успіху. Практично усім медикам загрожує небезпека розвитку СЕВ.

Самі симптоми СЕВ навряд чи відрізняються строгою специфічністю і можуть варіювати від легкої поведінкової реакції до психосоматичних, невротичних і, навіть психотичних розладів.

До СЕВ найшвидше призводить позиція професіонала, який висуває до себе великі вимоги і не дає права на помилку.

У зв'язку з великою емоційною напруженістю професійної діяльності медика, нестандартністю робочих ситуацій, відповідальністю та складністю, значно збільшується ризик розвитку СПВ, а особливо в останні 2-3 роки, слід визначити, що медичні працівники опинилися чи не найвищий сходинці.

Екстремальні ситуації часто супроводжуються стресом, коли у медичного працівника виникає гострий внутрішній конфлікт між жорсткими вимогами які накладає на нього відповідальність, і об'єктивна неможливість виконати їх. Стрес як стан психічної напруженості, викликаний труднощами, небезпеками, в цілому мобілізує людину на їх подолання. Про те, якщо стрес перевищує критичний рівень, він перетворюється на дистрес, що знижує результати праці, підриває здоров'я людини. Розрізняють стреси професійні, особистісні, стреси відповідальності, соціальні стреси тощо.

СЕВ розглядають як різновид стресу, пацієнти виступають стресогенними чинниками. Проте інші дослідники розглядають СЕВ як результати впливу різних стресогенних чинників.

А.Г. Амбрумова, взагалі, виділяє реакції на стрес, схожі з ефектами «вигорання». Їх п'ять типів:

1. Реакція емоційного дисбалансу характеризується значним перевантаженням негативної гами емоцій. Загальний фон настрою знижений. Медик відчуває дискомфорт тієї або іншої міри вираженості.

2. Песимістична ситуаційна реакція виражається в першу чергу зміною світовідчуття, встановленням похмурого забарвлення світоприйняття, суджень і оцінок, видозміною і переструктуруванням системи цінностей, що, зрозуміло, перегороджує шлях до продуктивного планування діяльності в майбутньому.

3. Ситуаційна реакція демобілізації відрізняється найбільшими змінами у сфері контактів: відмовою від звичних контактів або значне їх обмеження, що викликає стійкі, тривалі і тяжкі переживання самотності, безпорадності, безнадійності.

4. Ситуаційна реакція опозиції характеризується мірою підвищеної агресивності, що зростає з різкістю негативних оцінок оточення і їх діяльності.

5. Ситуаційна реакція дезорганізації містить у своїй основі тривожний компонент. З'являються сомато-вегетативні прояви (гіпертонічний криз, судинно-вегетативний криз, порушення сну, загострення хронічних захворювань) [16].

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

Останні дослідження доводять, що вплив як внутрішніх так і зовнішніх факторів впливу має однаково важливе значення. У 2018 році федеральний інститут безпеки та гігієни праці Німеччини опублікував доповідь на тему стресу. В цій доповіді висвітлюються вимоги ринку праці до працівників. Дані були зібрані з використанням спеціального програмного забезпечення,

компанією TNS Infratest Sozialforschung, за допомогою телефонного опитування близько 20 тис. осіб у Німеччині.. Л. Шаттенбург, у доповіді відзначає, що основні стресові чинники на робочому місці: вимога якнайефективніше працювати при зменшені часу на виконання завдання, відповідальність і керівництво, мультизадачність, реструктуризація підприємства тощо. За умови хроніфікації ці чинники мають надзвичайно негативний вплив на презентеїзм (стан, коли людина, частіше за все хвора, проводить на робочому місці більше часу, ніж це визначено контрактом, переважно через страх втратити роботу), внутрішню міграцію та, насамперед, на здоров'я населення. Ця доповідь вимагає уважного підходу до управління персоналом. Відпочинок має сприйматися серйозно, а реструктуризація підприємства ретельно плануватися [17].

Висока частота синдрому емоційного вигорання лікарів частково пояснюється інтенсивним тривалим психологічним перевантаженням, специфікою пацієнтів, фінансовою нестабільністю сучасної сфери медичної допомоги. Зовнішніми передумовами розвитку емоційного вигорання є наявність хронічної напруженої психоемоційної діяльності, дестабілізуюча організація роботи, підвищений рівень відповідальності, несприятлива психологічна сфера професійної діяльності та складний психологічний контингент пацієнтів.

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

зовнішні) протягом тривалого часу домінують над ресурсами особистості (внутрішніми та зовнішніми) [18].

Наприклад, при вивченні особистісних рис анестезіологів та реаніматологів В.А. Капцовим встановлено, що у лікарів та сестер, які працюють у відділеннях реанімації, за даними опитувальника Р.Кеттела, нарівні з іншими якостями виражені напруження, неспокій, тривожність та депресивні прояви, що у подальшому може призвести до порушень соціальної адаптації [19]. До рольових факторів ризику вигорання відносять рольовий конфлікт, рольову невизначеність та рольову перевантаженість. Організаційний фактор пов'язаний з умовами та особливостями роботи фахівця. Різні характеристики організаційного середовища, такі як кадрова політика, графік роботи, характер керівництва, система винагороди, соціально-психологічний клімат, робота з психологічно важким контингентом (люди старечого віку, хронічно або смертельно хворі та ін.) можуть впливати на розвиток стресу на робочому місці і, як наслідок, вигорання. Результати дослідження Т.В.Чернікової та співавторів, отримані на суцільній вибірці студентів випускників медичного вузу, свідчать про наявність передумов розвитку даного синдрому у не менше ніж 15% опитаних [20].

Поширення синдрому емоційного вигорання поступово набуває все більших масштабів, що зумовлює підвищення інтересу до цього науковців з різних галузей, зокрема психологів, педагогів, філософів, медиків тощо. Н. Марута, О. Чабан і Г. Каленська відзначають стійкий інтерес до феномена емоційного вигорання як реакції людини, що виникає внаслідок тривалого впливу стресів середньої інтенсивності. Синдром емоційного вигорання є процесом поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що виявляється в емоційному, розумовому виснаженні, фізичній утомі, особистісній відстороненості й зниженні задоволення виконанням роботи. [21].



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

Схильні до розвитку синдрому емоційного вигорання медики є емоційно холодними або виражено емоційно лабільними, які не здатні до чіткого, злагодженого та рівномірного розподілу свого робочого часу та професійних дій, що відразу впливає на емоційний стан, а згодом і фізичний стан їх пацієнтів, а в цілому і на результат лікування та вирішення проблем пацієнтів. У дебюті розвитку синдром емоційного вигорання проявляється почуттям байдужості до хворих, підвищеною втомлюваністю, погіршенням професійних якостей, уваги та пам'яті, негативним ставленням до колег та хворих, невпевненістю в собі. Надалі лікар може ставати відчуженим, ригідним у мисленні, буде уникати колег та пацієнтів, фізично і духовно дистанціюючись від них.

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

служб (онкологічних, фтизіатричних, психіатричних, хірургічних, педіатричних, терапевтичних та інших) свідчить про те, що "емоційне вигорання" в різних стадіях свого розвитку значно частіше зустрічається у середнього медичного персоналу в порівнянні з лікарями. У середнього медичного персоналу професійне вигорання формується достовірно частіше в більш вираженій формі і при меншому стажі професійної діяльності. Залежність розвитку вигорання від віку та професійної діяльності більш характерна для лікарів.

Так, за даними Н. Є. Водоп'янової та О. Є. Старченкової (2005), Р. Голембієвського та Р. Ф. Мюнценрайдера кількість медичних працівників у США сягає 36–44 %, у Росії – 51–57 %. За іншими даними літератури, синдром професійного вигорання діагностується у 46% лікарів Великої Британії (Orton P. et al., 2012), 31,4% лікарів Гонконгу (Siu C. et al., 2012), 50% лікарів-педіатрів Бразилії (Garcia T. et al., 2014), 42,4% лікарів Франції (Estryn-Behar M., 2010), 73,3% лікарів-психіатрів Росії (Золотухина Л.В., 2011), 23,5% лікарів невідкладної допомоги (Федак Б.С., 2007) та 89,3% лікарів-педіатрів України (Горачук В.В., 2009) тощо [23].

В складних сучасних умовах збільшується кількість найрізноманітніших психогенних впливів, екстремальних факторів життя та праці. Все це негативно впливає на стійкість психічних процесів, загальному функціональному стані, стимулює розвиток психогенно обумовлених розладів, де центральне місце займають емоційні розлади. Скоріш за все, розвиток СЕВ зумовлений не великими конфліктами, а постійно виникаючими маленькими душевними травмами.

З 1996 до 2002 рр. Юр'єва Л. М вивчала показники психоемоційного стану медичних працівників (вибірка – більше 200 лікарів-психіатрів) та дослідила специфіку синдрому вигорання у психіатрів. Нею було описано вікові та гендерні особливості розповсюдження СЕВ, визначено причини вигорання та механізми психічного захисту лікарів[24].

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

При вивченні емоційного інтелекту серед лікарів психіатрів-наркологів було виявлено високу здатність до невербального сприйняття емоційних станів оточуючих та їх ідентифікація, знижену здатність до свідомого управління і контролю за власними. Підвищена чутливість до емоційного стану інших людей, при недостатній здатності їх розпізнавання, аналізу, регуляції може бути фактором ризику розвитку вигорання [25].

Під час вивчення проблеми СЕВ у медичній спільноті, до уваги дослідників потрапляють в основному фахівці з вищою медичною освітою, лікарі, психологи та соціальні працівники. Велика частина робіт присвячена визначенню цього феномена у лікарів різних спеціальностей і розробці рекомендацій щодо його профілактики та корекції.

В усьому світі більшість працівників охорони здоров'я – це медичні сестри. У 2018 році лише в Україні працювали 345 364 молодші спеціалісти з медичною освітою (середній медичний персонал). Проте, роль медсестер у нашому суспільстві, та навіть в медичному середовищі, залишається недооціненою. І, хоча, МОЗ України планує змінити цю ситуацію та запровадити європейські стандарти медсестринства, ситуація поки залишається незмінною. Україна підтримала ініціативу Всесвітньої

організації охорони здоров'я, згідно з якою на 72-й Генеральній асамблеї ВООЗ було прийнято Резолюцію про оголошення 2020 року Міжнародним роком медсестринства. В усьому світі правильне розуміння ролі медсестринства в процесі надання медичної послуги дозволяє як покращити якість самої послуги, так і вигідно розподілити інвестиції в систему охорони здоров'я. Для подальшого формування та реалізації сучасної моделі медсестринства, підвищення ролі медичних сестер та престижності цієї професії в системі охорони здоров'я, розвитку лідерства наказом Міністерство охорони здоров'я України було затверджено План заходів «Рік медсестринства в Україні 2020». Саме медичні сестри та брати частіше контактують з пацієнтами, організують взаємодію з ними, забезпечують дотримання норм інфекційної безпеки будь-якої лікарні. В Україні, попри те, що послуги з медичного догляду, спостережень, профілактики та маніпуляцій на практиці виконують переважно медичні сестри та брати, формальна відповідальність залишається на лікарях.

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

Саме тому дослідження професійного/емоційного вигорання медичних сестер зокрема та медиків загалом є дуже актуальним для України. Таким чином, збереження здоров'я не лише пацієнтів, але й медичних працівників, є

важливим завданням держави і має неоціненне значення у профілактиці ускладнень лікувального процесу через людський фактор, а саме психологічне перенавантаження.

Досліджуючи чинники «професійного вигорання» П. Марк та Дж. Моллі дійшли висновку, що зазначений феномен не пов'язаний ні з соціальними умовами праці, ні з біографічними особливостями, а залежить, в основному, від психологічних характеристик особистості працівника [26].

На думку дослідника В. Бойко, найбільш поширеним є поділ чинників емоційного вигорання на два блоки: зовнішні чинники, що характеризують особливості професійної діяльності, та внутрішні чинники, що стосуються індивідуальних характеристик саме професіоналів. Серед зовнішніх чинників, на думку автора, найбільш значущі:

1. Хронічно напружена психоемоційна діяльність, пов'язана з інтенсивним спілкуванням, точніше, із цілеспрямованим сприйняттям партнерів і дією на них. Медичним працівникам доводиться постійно підкріплювати емоціями різні аспекти спілкування: активно ставити і розв'язувати проблеми, уважно сприймати інформацію, посилено запам'ятовувати і швидко інтерпретувати (аналізувати) вербальну, невербальну та письмову інформацію, швидко, а іноді миттєво зважувати альтернативи й ухвалювати рішення (іноді для цього у медика є декілька секунд).

2. Дестабілізуюча організація діяльності: нечітка організація та планування праці, нестача устаткування, погано структурована й розпливчата інформація, наявність у ній «бюрократичного шуму» — дрібних подробиць, суперечностей, завищені норми контингенту, з яким пов'язана професійна діяльність.

3. Підвищена відповідальність за функції, що виконуються медичним працівником. Їм постійно доводиться приймати на себе енергетичні розряди керівників, пацієнтів, їх родичів, незадоволених відвідувачів, роздратованих

колег. Усі, хто працює з людьми і чесно ставиться до своїх обов'язків, несуть етичну та юридичну відповідальність за моральне благополуччя партнерів по спілкуванню.

4. Неблагополучна психологічна атмосфера професійної діяльності визначається двома основними обставинами – конфліктністю по вертикалі, у системі «керівник – підлеглий», і по горизонталі, у системі «колега – колега».

5. Психологічно важкий контингент, з яким має справу медичний працівник у сфері спілкування, а у працівників психіатричного або наркологічного профілю тим більш – це пацієнти з аномальними розладами психіки, нівельованими позитивними рисами характеру, порушенням нервової системи, збуджені, іноді небезпечні для себе та оточуючих, аутичні або із затримками психічного розвитку тощо.

До внутрішніх чинників емоційного вигорання В. Бойко відносить такі: схильність до емоційної ригідності; інтенсивне сприйняття та переживання обставин діяльності; слабка мотивація емоційної віддачі у діяльності; моральні дефекти та дезорієнтація особистості [27].

Досліджені взаємозв'язки між емоційним вигоранням та життєвими орієнтаціями і емоційною спрямованістю у медичних працівників психіатричної сфери підтверджують, що в розвитку СЕВ мають значення багато факторів: від стресостійкості та індивідуальних особливостей особистості до соціально-політичних рішень, що впливають не лише на майбутнє країни чи області, а й на буденне життя.

Психоемоційне вигорання здебільшого розпочинається «завдяки» хронічній напрузі, емоційній перевтомі, пережитій людиною внаслідок соціопатійності стресогенних чинників.

## РОЗДІЛ 2

### СУЧАСНІ ЧИННИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала, що синдром емоційного вигорання є проблемою, що потребує медичної уваги. Згідно з визначенням ВООЗ (2001), «синдром вигорання (burnout syndrome) — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі та втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності і (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки» [28].

Актуальність дослідження особливостей синдрому емоційного вигорання (СЕВ) у лікарів, фельдшерів, медичних сестер пов'язана з масовими проявами цієї патології серед медичних працівників. Інтенсифікація професійної діяльності, розширення переліку обов'язків, високе виробниче навантаження, цілодобові чергування – всі ці фактори призводять до розвитку психоемоційного напруження. На фахівців середньої ланки покладають велику відповідальність за життя і здоров'я людини, що спричиняє ризик виникнення СЕВ.

В Україні з 1 квітня 2020 р. стартувала реформа системи охорони здоров'я на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги, яка викликала бурхливу реакцію серед медичних працівників, страйки і навіть оголошення про голодування лікарів, оскільки такі зміни передбачають досить жорсткі обмеження у фінансуванні вторинної ланки та призвели до масового звільнення фахівців.

Не дивлячись на те, що запровадження другого етапу медичної реформи в умовах поширення пандемії було тимчасово призупинено й відкладено до 1 січня 2021р., справдилися попередження деяких урядовців, що впровадження другого етапу може призвести до звільнення 50 тис. медпрацівників і закриття 332 лікарень по всій Україні. За підрахунками НСЗУ, 2/3 українських лікарень (майже 1000 медичних закладів), з квітня 2020р.

отримали фінансування на рівні медичної субвенції 2019р. У зоні особливого ризику через недостатнє фінансування галузі опинилися протитуберкульозна служба, психіатричні лікарні, екстрена медична допомога та високоспеціалізовані медичні напрями.

Ця інформація свідчить, що фінансування психіатричних лікарень, отримане від Національної служби здоров'я України, на період із 1 квітня до 31 грудня 2020 р., у середньому зменшено вдвічі порівняно з відповідним періодом минулого року.

Проте особливу стурбованість викликали повідомлення про скорочення 3 тис. 164 штатних посад і 2 тис. 446 фізичних осіб — працівників закладів із надання психіатричної допомоги, а саме: 197 лікарів; 661 медичної сестри; 1 тис. 237 молодших медичних сестер і 390 фізичних осіб іншого персоналу, серед яких і психологи. Крім того, 776 працівників переведено на неповний робочий день, серед них — 169 лікарів, 188 медичних сестер, 309 молодших медичних сестер і 119 інших фахівців. Вивчаючи інформацію на сайті НСЗУ щодо розподілу фінансів між закладами для надання стаціонарної психіатричної допомоги, не виявлено відповідної стратегії переходу до нової системи фінансування. За даними МОЗ України (на початок 2019 р.), в Україні налічувалося 58 психіатричних лікарень і 24 наркологічні стаціонарні заклади із загальним ліжковим фондом 26517 психіатричних і 3371 наркологічних ліжок. Середній термін перебування в психіатричному стаціонарі був — 48,7 дня; наркологічному стаціонарі — 12,3 дня.

Так, пакет медичних гарантій «Психіатрична допомога дорослим та дітям» для надання стаціонарної психіатричної допомоги пацієнтам отримали 194 заклади, серед яких лише 58 психіатричних лікарень. Зокрема, 136 пакетів медичних гарантій «Психіатрична допомога дорослим та дітям» отримали наркологічні лікарні. Це попри заяву Національної служби здоров'я України про відсутність окремого пакета для фінансового забезпечення стаціонарної наркологічної допомоги.[29].



На жаль, сьогодні керівники майже всіх медичних закладів України, а тим більш лікувальних закладів з надання психіатричної/наркологічної допомоги стикаються із цими викликами щодо реорганізації, маючи вже достатньо виснажених та зневірених медичних працівників.

Нині за рівнем забезпеченості медичними сестрами, фельдшерами та акушерками Україна знаходиться на 38 місці у Європейському регіоні. Така від'ємна динаміка щодо кадрових ресурсів охорони здоров'я супроводжується скороченнями обсягами підготовки молодших медичних спеціалістів з медичною освітою з 2017 року. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, станом на 31.12.2019 медичну допомогу в закладах охорони здоров'я МОЗ України надавали вже 296 054 молодших медичних працівників з медичною освітою. Це значно менше, ніж у 2010 році, коли медичних сестер, фельдшерів, акушерок та лаборантів було 428 667. Співвідношення між лікарями і середніми медпрацівниками є нижчим за середній показник у європейських країнах нині становить 1:1,9 та має чітку тенденцію до зниження. Ситуація з медичними кадрами є катастрофічною. За оцінками експертів, Україну від початку 2020р. покинули понад 66 тис. лікарів та медичних працівників. Через пандемію коронавірусу в Україні звільнилися ще майже 34 тис. медпрацівників, більшість з яких – пенсійного та передпенсійного віку. За даними МОЗ України, станом на 1 січня 2020р., у країні не вистачало 33 707 лікарів та 35 тис. фахівців середнього медичного персоналу. При цьому, на тлі катастрофічної ситуації з медичними кадрами, чисельність зареєстрованих безробітних у сфері охорони здоров'я є однією з найбільших – 28,4 тис [30].

Через неувагу до питань людських ресурсів охорони здоров'я нинішній стан кадрового забезпечення галузі в Україні характеризується:

- зменшенням кількості лікарів та молодших медичних спеціалістів з медичною освітою, особливо у сільській місцевості, що прогресує;
- зниженням престижності лікарської та сестринської спеціальностей;

- суттєвим зменшенням обсягів підготовки медичних кадрів у закладах вищої медичної освіти та закладах післядипломної освіти;
- постійним зниженням для українських громадян доступності медичної додипломної та післядипломної освіти;
- дисбалансом медичних кадрів між містом та селом, між первинною, вторинною і третинною ланками надання медичної допомоги;
- неконтрольованими процесами міграції медиків з України до інших країн [31].

Так як ключові галузі соціальної сфери в Україні – освіта та охорона здоров'я – є повними аутсайдерами у процесі розподілу бюджетних ресурсів, а рівень соціальних гарантій досяг мінімально можливого, то така бюджетна політика сприяє поширенню феномену масової бідності, наростанню соціально-демографічної кризи і зниженню конкурентоспроможності робочої сили. Зрозуміло, що ця ситуація лише поглиблює СПВ майже у всіх медичних працівників, а в умовах скорочення чи реструктуризації медичних закладів, шляхи подолання чи попередження СПВ, навіть не розглядаються більшістю керівників. На теперішньому етапі першочерговим завданням є, в прямому сенсі, виживання медичного закладу, збереження структури та балансу. Про психологічний стан працівників, особливо, середнього та молодшого медичного персоналу мова, навіть не йде.

На сучасному етапі сфера охорони здоров'я в Україні є недосконалою, існує багато протиріч та сумнівів щодо доцільності медичної реформи в суспільстві та серед самих медиків. Сьогодні, безумовно, навіть медсестринський персонал у роботі з пацієнтами повинен опанувати за мінімальні терміни роботу на дорого вартісній і складній апаратурі, володіти не лише складними технічними маніпуляціями і навичками, але й сучасними медичними та природничими знаннями. Швидкі зміни в інноваціях, додаткові вимоги щодо онлайн-звітності в медичних інформаційних системах потребують від всіх медичних працівників знання та вміння користуватися

комп'ютерною технікою. І, якщо з цією проблемою впоралися, то паперова документація нікуди не зникла, а значить дублювання інформації покладає на медиків, особливо медичних сестер додаткове навантаження за той же проміжок робочого часу. Робота стає жорсткішою, довшою та важчою для виконання. Часто лікарі і медсестри вимушені затримуватися на робочому місці після чергування, щоб просто своєчасно внести потрібну інформацію, наприклад, на звітну платформу НСЗУ. А, іноді, вимушені виконувати цю роботу вдома, бо від цього залежить фінансування закладу, і, просто своєчасне отримання зарплатні.

І, на додаток до цього, на теперішній час, пандемія, яка шириться по всьому світу виявила справжній стан не лише нашої медичної галузі, але й реальний стан медицини в інших країнах. В даний час - наша країна, вся планета переживають колективну травму пандемії Covid-19. На теперішній час у світі було інфіковано понад 158000000 осіб, 3,29 млн. осіб загинуло. Україна посіла 5 місце в Європі і 17 місце у світі за темпами зростання кількості заражень коронавірусом. Карантинні заходи обмежуються заборонами та перекладанням відповідальності на самих громадян або медичних працівників. Заяви Уряду про те, що змінений бюджет спрямований на боротьбу з пандемією, не відповідають дійсності. Офіційні дані свідчать про те, що жодна область до епідемії не готова, а лікарі в усій країні менше ніж на 60% забезпечені засобами захисту. [32].

Глава Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) Тедрос Гебреєсус заявив, що пандемія коронавірусу вплинула на психічне здоров'я мільйонів людей у світі. За даними ВООЗ, вона спричинила значні перебої в наданні медичної допомоги в усьому світі та ще більше ускладнила і без того обмежений доступ до якісних і економічно доступних послуг з охорони психічного здоров'я, особливо в умовах надзвичайних гуманітарних ситуацій і конфліктів. Це насамперед зумовлено такими причинами, як зростання захворюваності та ризику зараження в установах тривалого проживання,

зокрема інтернатах і психіатричних лікарнях; введення обмежень на особисте спілкування між людьми; випадки інфікування вірусом серед співробітників психіатричних служб; перепрофілювання психіатричних установ для надання допомоги хворим на COVID-19. Вже визначено, що вірус COVID-19 – нейротоксичний та впливає на нервову систему людини і психічну сферу в цілому. Це провокує розвиток довготривалих астено- депресивних станів, посттравматичних розладів , особливо після перебування в стаціонарних відділеннях. І знову, медики всіх рівнів, опинилися в авангарді, та ще й на одинці з цією проблемою.

За рішенням Всесвітньої федерації психічного здоров'я та за підтримки Всесвітньої організації охорони здоров'я щороку відзначають Всесвітній день психічного здоров'я, який вже 2 роки поспіль припадає на період пандемії COVID-19, що різко та назавжди змінила наше повсякденне життя. У 2020 році захід пройшов під закликом розширити інвестиції в охорону психічного здоров'я на всіх рівнях – від окремих осіб, лікувальних закладів і комерційних структур до країн і громадянського суспільства з метою масової мобілізації ресурсів для поліпшення доступу до психіатричної та психологічної допомоги на яку нині спостерігається підвищений попит у всьому світі.

Характеристиками колективної травми є те, що вони: не обмежені в просторі; розтягнуті у часі; жертви колективної травми не окремі люди, а всі соціальні групи, що стали об'єктами травматизації; травмованою себе відчуває вся група, навіть ті, кого особисто не торкнулася трагедія; тривалий характер. З початком пандемії Covid-19 вигорання не зникло, воно набуло інших форм та проявів. Пандемія змушує нас швидко ухвалювати складні рішення в абсолютно новому контексті [33]. У медиків додалося безліч нових турбот, крім фінансової нестабільності, страху втратити роботу внаслідок реформування медичної галузі , тривога за батьків та родину, фізичне та емоційне виснаження безпосередньо на робочому місці, розчарування через

брак теплих контактів, скасовані подорожі. На сьогодні у боротьбі проти коронавірусу задіяні більшість медичних працівників, котрі чергують без вихідних і не можуть повернутись в свої домівки, до своїх близьких, щодня ризикуючи власним здоров'ям, а навіть і життям. Живуть та працюють кожного дня в умовах стресу, страху, дивлячись на смерті інших людей, відчуваючи власну безпорадність медики зазнають навантаження і на психоемоційний стан, а це в свою чергу призводить до професійного вигорання.

Тобто, до зовнішніх факторів можна віднести напруженість в робочому процесі через поширеність пандемії (в тому числі вимушене обмеження спілкування або хвороба, а то і смерть близьких та знайомих через COVID-19), відсутність підтримки в родині, або в сім'ї є хронічно хвора людина, що потребує постійного догляду та уваги тощо.

Звісно - не минула ця ситуація і нашу країну.

До хронічних факторів впливу розвитку СЕВ сміливо можна віднести незатухаючий збройний конфлікт на території Луганської та Донецької областей, який розпочався на сході України у квітні 2014 року та призвів до значних людських втрат, масових страждань, великомасштабного переміщення цивільного населення, а також знищення об'єктів приватної власності та суспільної інфраструктури у двох східних областях – Луганській та Донецькій. Як наслідок, населення цих областей є більш вразливим до проблем у сфері психічного здоров'я, що є реакцією на травматичні події та несприятливі зовнішні обставини. Дослідження виявляють великий відсоток проблем із психічним здоров'ям серед військових. Сукупні наслідки психологічної травми, страх перед новою ескалацією конфлікту, щоденний ризик отримання травм та обмеження свободи пересування можуть призвести до проблем із психічним здоров'ям та до виникнення потреби в захисті та гуманітарній допомозі як серед вразливих груп, так і серед інших жителів Донецької та Луганської областей.

В Україні на теперішній час нараховується близько 460 тисяч учасників бойових дій. Але ніхто не може назвати точну кількість лікарів та середнього медичного персоналу, що приймали участь у бойових діях, а тим більше цивільних медиків, які були залучені до евакуації та надання допомоги військовим та цивільному населенню за минулі 6 років. Це - працівники швидкої допомоги, що виїжджали на виклики вночі на лінію розмежування під обстрілами, і, ніколи не знали чим закінчиться така поїздка. Це хірурги, анестезіологи, операційні медсестри які по 2-3 доби поспіль проводили невідкладні операції у лікарнях Щастя, Мар'їнки, Лисичанська, Авдіївки, Широкіно, а в цей час у вікнах вилітали шибки від вибухів та розліталися уламки. Часто порожнинні операції, а навіть ампутації проводилися з місцевою анестезією. Весь страх, весь біль пацієнта медики відчували на фізичному рівні. Та вибору у них не було, бо потрібно було боротися за кожне життя, або ж забезпечити хоч би гідну смерть в умовах бойових дій та повній відсутності, навіть, звичайних побутових умов. Найважче всього, зі слів безпосередніх учасників, було тоді, коли наступав момент вибору, кому з поранених або хворих допомогу надавати в першу чергу, хто вимушений зачекати, а хто, і зовсім не встигав її отримати. Такі ситуації виникали, коли до медичного працівника потрапляло декілька пацієнтів одночасно. Коли система не справляється з кількістю пацієнтів, починає працювати правило медичного сортування. І це, на превеликий жаль, дуже схоже на поточну ситуацію в країні з вірусною пандемією. У минулому - військові медики, що повернулися до цивільного життя, не очікували стикнутися з другим фронтом, що став повною несподіванкою для нашої медицини.

Багато медичних працівників під час виконання своїх професійних обов'язків стали інвалідами внаслідок поранень чи інших ушкоджень здоров'я, зазнаних від вибухових речовин, боєприпасів і військового озброєння на території, де вони здійснювали свої повноваження та населених

пунктах, що розташовані на лінії зіткнення, під час проведення операції Об'єднаних сил. .

Загалом за період 2014-2017 років було отримано дані про 104 загиблих медиків в зоні проведення АТО. За деякими даними 14% з них були лікарями, 21% - фельдшерами та медичними сестрами, 59% санінструкторами та санітарами, 5%- командирами евакуаційних відділень та 1% водії санітарного транспорту. І лише частина з них були військовими медиками [34].

Згідно концепції розвитку охорони психічного здоров'я під егідою ВООЗ, МОЗ України, Швейцарської агенції розвитку та співробітництва, Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), Світового банку та Департаменту охорони здоров'я Луганської облдержадміністрації у Луганській області була створена Координаційна рада для впровадження проекту «Психічне здоров'я для України на період до 2030 року[2].

Предметом та ціллю цього проекту є поліпшення якості та розширення доступу всього комплексу профілактичних, діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів для хворих психіатричного та наркологічного профілів; надання спеціалізованої, висококваліфікованої лікувально-діагностичної та соціально-реабілітаційної допомоги особам, що страждають на психічні розлади, в умовах стаціонару тощо. Як бачимо, ця концепція передбачає вирішення ряду проблемних питань та подолання бар'єрів надання спеціалізованої медичної допомоги людям для збереження психічного здоров'я.

У самій галузі охорони психічного здоров'я крім скорочення, недофінансування, просто виснажених чи тих, хто перехворів на COVID-19, медичних працівників, позначилися безліч організаційних проблем:

- низький рівень забезпеченості психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, який залучається до надання допомоги у сфері психічного здоров'я;

- недостатність системи формування та підтримки професійних компетентностей серед фахівців у сфері психічного здоров'я;
- відсутність системного впровадження галузевих та міжгалузевих стандартів у сфері психічного здоров'я та контролю якості допомоги у цій сфері;
- надмірна зосередженість допомоги у сфері психічного здоров'я у спеціалізованих закладах охорони здоров'я та інтернатних закладах системи соціального захисту;
- низька доступність психологічної та психотерапевтичної допомоги;
- дефіцит служб на рівні територіальних громад, реабілітаційних та соціальних послуг;
- відсутність системи підтримки осіб з психічними розладами та їх сімей, що призводить до частих рецидивів та формування госпіталізму;
- психологічна служба представлена окремими структурами, мають різну організацію, форму звітності, нормативне та кадрове забезпечення;
- невідповідність професійної підготовки спеціаліста і вимог, які висуває до нього практична робота [35].

Як стверджує голова Української асоціації військової медицини А. Верба, майже 100% комбатантів мають проблеми із залежностями, близько 80% - ПТСР, 40% - психічні розлади різного ступеню важкості, дець 75% - соматичні розлади вже хронічного характеру. А майже половина населення регіонів, де іде війна страждають від ПТСР.

Війна дещо подібна до стихійного лиха, утім це не тотожні події. Війна починається так само несподівано, як і будь яка катастрофа, однак тривати вона може протягом багатьох років.

Етичні та моральні реакції на війну і політичні зміни можуть впливати на медичних працівників під час здійснення діагностики, виявлення випадків психічних розладів та вибору.



В умовах АТО відмінності між адаптивними стресовими реакціями, ПТСР та вигоранням не зовсім виразні. Різновиди стресу можуть перетинатися між собою. В екстремальних умовах медичні працівники відчують емоції, щор відрізняються від щоденних, а їх поведінка впливає на результат лікування.

Умови 2014-2015 року передбачали для більшості населення Луганської та Донецької областей: тяжку фізичну працю, відсутність сну, вживання неякісної води через проблеми з водопостачанням, неякісне харчування, перебування у некомфортних умовах, поширення інфекційних хвороб. Звісно, це викликало емоції, що впливають на здатність сприймати уявну чи реальну загрозу. Деякі реакції загострили здатність до виживання і перемоги, інші – могли зумовити неконструктивну поведінку та загрожувати безпеці індивіда.

Психологічні наслідки війни (АТО) вже добре відомі, це стало причиною зростання навантаження на працівників сфери охорони психічного здоров'я. Це і лікування бойового стресу, ПТСР, психологічна реабілітація після поранень та полону, лікування залежностей, психотерапевтична допомога свідкам та постраждалим від катувань та знущань тощо.

Заклади охорони психічного здоров'я мають досить широкий перелік завдань. На компетентність і готовність працівників психіатричної та наркологічної сфери до вирішення цих проблем впливає їх освітня підготовка, особистий досвід, вміння прилаштовуватися до нових вимог та обставин, і, навіть, мотивації.[36].

Але будь який медик, це , перш за все – людина з безліччю соціальних ролей, індивідуальними рисами, особливою сприйнятливістю до зовнішніх впливів. Конфлікт на Донбасі зачепив так або інакше кожного другого медичного працівника будь якого рівня. І, як це не парадоксально, держава поклала обов'язки збереження психічного здоров'я на людей, які і самі потребують уваги, ресурсів, а, іноді, і допомоги.

В Україні, як і в міжнародному суспільстві вже прогноуються довготривалі наслідки вірусної пандемії, як то ожиріння, недорозвиток мозкових схем у дітей та підлітків, зловживання ПАР і формування залежностей, нестача емоційного процесингу, різноманітні психічні розлади, суїцидальна налаштованість.

В той же час, вимоги до об'єму та якості функціональних обов'язків лікарів і медичних сестер зросли. Усе це, безумовно, сприяє вигоранню. Дистрес, в результаті, впливає на професійну діяльність: з'являються прості професійні помилки; невірно прийняті рішення, в першу чергу щодо тактики лікування та командної взаємодії; невиправданий ризик в діях і рішеннях.

Медичний персонал і в спокійний час потребує психологічної підтримки, хтось більше, хтось менше. Під час кризи ця пропорція зберігається, одним такий фахівець потрібен, іншим не потрібен – їм вдається самотійно подолати вплив психогенних чинників. Але у довготривалих кризових умовах, на прикладі Луганської та Донецької областей, різко зростає ймовірність «поломки» вищих психічних функцій, що веде до погіршення професійного та особистісного функціонування.

У зв'язку з не затухаючою пандемією до роботи медичних працівників прикута загальна увага. У соцмережах останнім часом збільшилася кількість публікацій, репостів, замальовок, присвячених проблемним питанням у боротьбі з інфекцією, історіям відомих людей які хворіють, або так і не змогли подолати ускладнення після інфекції. Це дуже підвищує загальний рівень соціальної тривоги. У такій атмосфері невизначеності, приправленій песимістичними розповідями про заповнені лікарні, нестачу кисневих концентраторів та виснажених медиків, українці живуть останні місяці, коли ковідна статистика щодня росте шаленими темпами, а адекватних рішень від уряду та профільного міністерства немає. В таких умовах відновлення біологічних, психологічних, соціальних да духовних сил, вичерпаних під дією стресів стає просто неможливе.

Робота в надскладних умовах, необхідність вибирати, чиє життя треба рятувати в першу чергу – в таких умовах працюють медичні працівники в усьому світі. Однак, якщо медична світова спільнота стикнулася з такими обставинами лише з 2019 року, то медики в зоні воєнного конфлікту вимушені працювати так постійно.

Слід зазначити, що постійні зміни в економічній, політичній та соціальній сферах держави так чи інакше накладають відбиток на медичну галузь. Ці процеси сприяють тому, що персонал зазнає великого психологічного навантаження. Як наслідок, у значної кількості працівників виникають ознаки професійного стресу та емоційного «вигорання». Більшість фахівців, що вивчають проблеми емоційного «вигорання», сходяться на спільному розумінні його типових ознак – що це складний психофізіологічний феномен, якому властиві емоційне, фізичне й когнітивне виснаження унаслідок тривалого емоційного навантаження. Типовими ознаками психоемоційного вигорання особистості є психосоматичні нездужання, безсоння та нічні кошмари, негативне ставлення до колег, пацієнтів, роботи, зловживання психоактивними речовинами (алкоголь, тютюн, кава, снодійні, барбітурати, інші психотропні речовини) тощо. Досить частими є відсутність апетиту або, навпаки, переїдання, а також агресивні почуття, насамперед, тривожність, підвищена збудливість з передчуттям насуваючої небезпеки, дратівливість, напруженість, гнів, агресія, образливість, загальний пригнічений настрій та закономірний спектр пов'язаних з ним емоцій – цинізм, песимізм, апатія, депресія, відчуття безглуздості й безнадійності подальшого життєіснування, переживання почуття провини, виснаження, втрату мотивації та відповідальності. На теперішній час вже виокремлюють і наступні прояви: гетеротематичні страхи – страх захворіти, померти, втратити близьких, неможливість отримати медичну допомогу, страх зараження. Синдром «вигорання» проявляється в депресивному стані, почутті втоми та спустошеності, нестачі енергії та

ентузіазму, неспроможності бачити позитивні результати своєї праці, почуття безпорадності, самотності і пригніченості через ізоляцію та вимушену зміну звичок та способу життя, комунікативній замкнутості і соціальній дезорієнтації, негативному ставленні до роботи, життя та оточення в цілому [37]. Процеси подолання невідповідності між об'єктивною реальністю та суб'єктивним відображенням визначають і емоційну активність медичних працівників, і зміст регуляції поведінки, корекції свого світогляду.

Зважаючи на вищевказане, внутрішні передумови, як то інтенсивна інтеріоризація, фрустрація мотивації, наявність особистих якостей медичного працівника, хоча і мають важливе значення, але відходять на другий план.

### **РОЗДІЛ 3**

#### **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Результати теоретичного аналізу проблеми розвитку вигорання у професійній діяльності медичних працівників визначили необхідність емпіричного дослідження особливостей психологічних чинників професійного стресу, умов та особливостей розвитку СПВ, фактори впливу та корекцію «професійного вигорання».

У зв'язку з цим представляється актуальним вивчення соціальних і психологічних характеристик у медичних працівників психіатричних установ (особливо в умовах реформування та переосмислення психіатричної допомоги в Україні/Луганській області), для того щоб оптимізувати їх роботу, сформувані положення щодо профілактики емоційного вигорання і корекції цих проявів у фахівців середньої ланки

#### **3.1. Організація і методика дослідження синдрому професійного вигорання**

Будь який лікувальний заклад, а лікувальний заклад психіатричного чи наркологічного профілю, тим більш, є – осередком конфліктних випадків, несподіваних ситуацій. Саме медична діяльність насичена напруженими ситуаціями. До них належить:

- взаємодія медичного працівника з пацієнтами;
- ситуації, які виникають при взаємодії з колегами та адміністрацією (перевантаження дорученнями, надмірний контроль тощо);
- ситуації спілкування лікаря чи медичної сестри з родичами пацієнтів.

Потрібно пам'ятати, що не може бути такого лікаря чи медичної сестри, медичного брата, що б подобалися кожному. Якась частина пацієнтів та їх родичів шукають у медиків чуйності та співчуття, іноді, дружніх відносин, інша – намагається маніпулювати медичним персоналом за для досягнення своєї мети або «особливого» відношення, треті – спілкуються з медиками через призму своїх споживчих поглядів. Одна людина, якою б високоорганізованою особистістю вона не була б, не може виправдати усіх цих очікувань.

При організації дослідження синдрому «професійного вигорання» у медичних працівників психіатричного та наркологічного профілю використовувалися різні методи: спостереження, анкетування, тестування, бесіди (інтерв'ю). За допомогою цих методів можна вивчити такі якості особистості, як ставлення медичних працівників до оточуючих, способи реагування в конфлікті, особливості професійної спрямованості, особливості прояву емпатії, особливості характеру, особливості мотиваційної сфери, рівень тривожності та агресивності тощо.

Для діагностики рівня й особливостей виразності показників «професійного вигорання» та особистісних характеристик, соціального статусу медичного працівника застосовано опитувальний метод, враховуючи той факт, що за його допомогою можна за невеликий проміжок часу зібрати значний обсяг інформації, яка має високу діагностичну надійність.

Спотворювати результати дослідження здатні такі прояви респондентів, як: навмисне спотворення з метою отримання власних вигод; бажання виглядати краще або намагання справляти позитивне враження; ефект впливу аудиторії, коли присутність значущого спостерігача здатна змінити сутнісний зміст відповідей досліджуваних; досвід прийняття участі у подібних процедурах.

У даному дослідженні для одержання емпіричної інформації застосовувалися:

1) Методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойка (додаток 2);

2) Методика діагностики професійного вигорання для медичних працівників (К. Маслач, С. Джексон) в адаптації Водоп'янової Н.Е.(додаток 3);

3) Методика діагностики професійного вигорання К. Маслач (додаток 4);

4) Методика діагностики на основі опитувальника WHO проекту GENANTO, що був в свій час розповсюджений на території Луганської та Донецької області, доопрацьований авторськи з урахуванням сучасних стресогенних факторів (додаток 8).

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

Часто на прямі питання, які можуть виявити проблеми, працівники відповідають, ухиляючись від правдивої відповіді або ж зовсім відмовляються відповідати. Причин для цього достатньо: острах втратити

роботу, страх перед будь-якими змінами і, що їх відповідь може вплинути на їх статус, страх осуду близького оточення «що про мене подумують сусіди, колеги, колишні однокласники тощо», нерозуміння проблеми і свого стану, недостатність інформації про цю проблему і шляхи її вирішення, небажання прикласти зусилля для позитивних змін «не хочу міняти режим, оточення, це коштує грошей...».

Дуже часто такі розповсюджені синдроми як ПТСР та синдром професійного вигорання замовчуються, інформація про проблеми подається суб'єктивно, неповністю або ж зовсім брехливо. А наслідками цих синдромів можуть бути соматичні розлади, загострення хронічних хвороб, початок проблем зі здоров'ям, алкоголізація (як наслідок боротьби зі стресом), тютюнопаління, депресивні розлади, панічні атаки, істерики, проблеми взаємостосунків у сім'ї, на роботі тощо.

Цей опитувальник створений на основі опитувальникаWHO проекту GENANTO, що був в свій час розповсюджений на території Луганської та Донецької області (додаток 8). Минуле дослідження охоплювало внутрішньо переміщених осіб, демобілізованих комбатантів, медичних працівників та їх родичів, що виїхали з території ОРДЛО. Цей опитувальник допоміг виявити вже сформовані приховані проблеми та групу ризику серед медичних працівників. Тобто «йдемо від зворотнього».

Він був абсолютно анонімний, охоплював вивчення таких питань як соціальний статус та рівень матеріальних статків та заробітків сім'ї, проблеми алкоголізації, адаптації в суспільстві та з чим це пов'язано, соціальні та психологічні проблеми внутрішньо переміщених осіб, реакція на суспільно-політичні катаклізми тощо. Опитувальник охоплював населення в демографічному розрізі, що дало змогу більш детально розглянути вікові дані, рівень освіти, релігійні вподобання тощо.

Кожний респондент, що дав згоду на участь у дослідженні отримав заздалегідь підготовлений комплект опитувальників і доволі значний

проміжок часу для відповіді (2-3 тижні) для більш детального та вдумливого опрацювання над питаннями. Хочу наголосити, що більшість респондентів проявили високу зацікавленість і відповідальність при тестуванні, розуміючи важливість цієї проблеми не лише для медичної галузі, а й для себе особисто. Висловлюючи, на прохання, свої враження, багато хто з медичних працівників відмітив, що таке опитування проводилося вперше, а дехто, навіть не підозрював, що він може стикнутися зі станом вигорання.

Таким чином, необхідно наголосити, що під час проведення прикладних досліджень доцільно використовувати 3-4 методики — для взаємоперевірки та взаємодоповнення отриманих даних.

### **3.2. Діагностика синдрому професійного вигорання**

Дослідження проводилося з вересня 2020 року по березень 2021 року серед молодших фахівців з медичною освітою та лікарів, які надають стаціонарну або амбулаторну психіатричну/наркологічну допомогу мешканцям Луганської області. Це були співробітники КНП ЛОР «Сватівська обласна лікарня з надання психіатричної допомоги» на 350 ліжок, КНП ЛОР «Лисичанська обласна лікарня з надання психіатричної допомоги» - 70 ліжок, КНП ЛОР «Центр психічного здоров'я» - 60 ліжок, психоневрологічного відділення КНП «Сєвєродонецька міська багатопрофільна лікарня» - 30 ліжок, медичні сестри наркологічних та психіатричних кабінетів, психоневрологічних інтернатів.

В опитуванні прийняли участь 93 особи. Опитування було суто добровільне та анонімне. Дослідження проводилося в декілька етапів: організаційний етап – вибір діагностичних методик, підготовка опитувальників – проведення опитування та збір анкет – аналіз. Дослідження проводилося методом емпіричного дослідження: опитування – респондентам були роздані заздалегідь підготовлені комплекти тестів-опитувальників без обмеження в часі та забезпеченням повної анонімності (за бажанням респондента) з поясненням мети дослідження; досліджуваним які виявили



щирі зацікавленість і бажання спілкуватись було проведене вибіркоче інтерв'ю (11 осіб), під час якого було встановлено тісний особистісний контакт із співрозмовником; а також спостереження за підлеглими та колегами під час виконання робочих завдань, конфліктних ситуацій, вирішення складних задач, додаткового навантаження в роботі тощо).

За виявленими статистичними даними визначено, що серед респондентів - 15% - лікарів, 85% - медичні сестри та брати. На жаль, більшість лікарів відмовилася приймати участь в опитуванні, при чому за даними відділу кадрів КНП «ЦПЗ» з працюючих лікарів у закладі 80% є внутрішньо-переміщеними особами, а 40% не мають на території, підконтрольній уряду України, власного житла. А з тих лікарів, що згодні на опитування, лише 2 особи надали свої паспортні дані.

У дослідженні прийняли участь 6% чоловіків і 94% жінок – історично склалося так, що в медицину йде працювати більше жінок, тим більш серед середнього та молодшого медичного персоналу.

За національністю респонденти поділилися наступним чином: 6,5% визнали себе, враховуючи історію родини, міграцію – етнічними росіянами; 91,2 % - відносять себе до українців; а 2,3 % - інші національності, що проживають на території України ( поляки, мегрели, абхазці, армяни).

40,8 % респондентів живуть у місті з населенням від 50 тис. з доволі розвинною інфраструктурою, 42 % - проживають в селищі міського типу або містечку (з населенням від 10 тис. до 30 тис.), 17,2 % - це жителі селища або села, і всі вони мають присадибне господарство. 12,9% опитуваних медичних працівників мають статус внутрішньо-переміщених осіб і, дець половина з цієї категорії, досі не має особистого постійного житла і вимушені його винаймати.

За соціальним статусом опитувані надали наступну інформацію: одружені та мають стабільні сім'ї – 76,1 %; 17,2 % - розлучені; 3,2 % - вдови (

1 особа – вдівець); 3,5% працюючих - неодружені (незаміжні); 5% респондентів не мають дітей.

Попри відданість своїй професії, майже всі медичні працівники відмічають низький рівень оплати праці, і багато хто має додаткову роботу, а значить і додаткове навантаження. 4,3 % досліджуваних отримують додатково пенсію , або працюють на 1,5 тарифні ставки у цьому ж закладі. 10,8 % визнають, що працюють понаднормово на інших роботах як сумісники або ж ФОП. Це стосується як лікарів, так і медичних сестер, медичних братів. При цьому, лише половина надає медичні послуги, інші підробляють на будівництві, у торгівлі, сетевий маркетинг, послуги няні, нейл-арт тощо. Половина медичних працівників з цієї кількості працюють неофіційно без оформлення відповідного стажу, а значить, і без соціальних гарантій. Бо 14% респондентів є основними утримувачами сім'ї, що стопроцентно забезпечують бюджет. В основному це чоловіки, де дружина знаходиться в декретній відпустці, розлучені, матері-одиначки, та, якщо інший член сім'ї має проблеми з працевлаштуванням. 67,7 % опитуваних вважають, що забезпечують половину сімейного бюджету, тобто партнер також працює в державному або приватному закладу де зарплатня не дуже висока. І лише 18,3 % визнають, що забезпечують меншу половину бюджету сім'ї. Ця ситуація характерна для медичних працівників-жінок від 30-40 років, у яких партнер працює держслужбовцем, або у силових структурах, або ж знаходиться на заробітках за кордоном. Така ситуація розповсюджена по всій Луганській області.

Щодо вікової градації: 9,7 % респондентів це молоді люди від 20 до 30 років. На жаль, серед них не було жодного випускника фахового коледжу чи університету. Через скорочення штатів, зниження престижу професії та невпевненості у майбутньому за останні 2 роки у психіатричних та наркологічних закладах майже не було залучено молодих фахівців з вищою або середньою медичною освітою. 32,3 % - це медичні працівники від 31 до

40 років; а 36,6 % - від 41 до 50 років. Це найбільш кваліфікована та відповідальна когорта медичних працівників. 15,1 % - від 50 років до 60 років – люди передпенсійного віку. А, 4,3% це пенсіонери старше за 65 років. Цікаво, що через скорочення штатів працівників пенсійного віку стало набагато менше – всього 4,3%, в основному це лікарі, що продовжують професійну діяльність через гостру нестачу фахівців з лікувальної справи у регіоні та низький рівень пенсійного забезпечення (лікарів невивстає катастрофічно – найстаршому лікарю психіатру наркологу у Луганській області – 82 роки).

При цьому 20,43% мають стаж роботи в медичній сфері до 5 років, від 5 до 10 років – 18,3% від опитуваних, 15,05% мають медичний стаж від 10 до 15 років, 16,1% - від 15 до 20 років стажу. Більша частина респондентів мають як життєвий досвід так і високу професійну кваліфікацію.

15 % фахівців – це лікарі, що мають вищу медичну освіту за спеціальністю «Лікувальна справа». Цікава ситуація склалася серед працівників, що працюють медичними сестрами та братами, лаборантами тощо. Серед них 9,3 % опитуваних мають вищу освіту (1 особа – психолог, 2 – бакалавр зі спеціальності «Медсестринство», 5 – мають вищу фармацевтичну освіту). На момент дослідження 16,3 % медсестер мали незакінчену вищу освіту чи продовжували навчання на поточний час (бакалавр зі спеціальності «Медсестринство» - 3 особи; фармацевти та провізори – 5; інші спеціальності, не пов'язані з медициною зовсім – 6 осіб). Як бачимо, наявність вищої освіти, високої кваліфікації та інтелекту, зовсім не є гарантією успішної кар'єри та престижної роботи. Не дивно, що багато мотивованих спеціалістів з часом розчаровуються у професії.



Взагалі 16,2% мають вищу освіту, 15% - незакінчену вищу освіту, 68.8% - медичний фаховий коледж. З них у 49,4 % респондентів – вища кваліфікаційна категорія, у 29 %- перша кваліфікаційна категорія, 11,8 % - мають другу категорію. І лише 8,6% респондентів – не мають жодної кваліфікаційної категорії.

Аналізуючи результати бачимо, що у медичних працівників, що надають психіатричну та наркологічну допомогу спостерігається повна або часткова сформованість фаз професійного вигорання. Результати відображені у таблиці для наглядності.

**Сформованість фаз професійного вигорання  
за опитувальником Бойко В.В. (%)**

№ з/п	Фаза	Не сформована	В стадії формування	Сформована
1	Напруження	5	82	13
2	Резистенції	30	38	32
3	Виснаження	13	74	13

Як видно з таблиці, найбільший відсоток (82%) припадає на фазу «напруження» та фазу «виснаження», які знаходяться в стадії формування. Сформована фаза «резистенції» у 32 % досліджуваних.

**Структура домінуючих симптомів у фазі напруження у медичних працівників (%)**

	Переживання психотравмуючих обставин	Невдоволеність собою	Відчуття «загнаності у кут»	Прояви тривоги та депресії
Медичні сестри	65	15	11	51
Лікарі	53	5	20	5

У лікарів і медсестер провідним домінуючим симптомом було «переживання психотравмуючих обставин». Тобто у фазі напруження в медичних працівників, незалежно від посади, синдром емоційного вигорання реалізувався в переважній більшості через «переживання психотравмуючих обставин»

Проте, в групі медичних сестер була дещо більшою частка осіб із домінуючим симптомом «невдоволеність собою», ніж у групі лікарів. Водночас, у групі лікарів спостерігалася дещо більша частка осіб із домінуючим симптомом «загнаність в кут». Враховуючи сучасні чинники розвитку СЕВ, останнім часом, симптом «тривога та депресія» у групі медичних сестер значно більше ніж у лікарів. Це є наслідком залежності медичних сестер від лікаря, скорочення, невизначеність з роботою, невпевненість у майбутньому.

Згідно опитувальнику за В.В.Бойко було виявлено, що 13 % респондентів знаходяться на рівні виснаження, у 38 % фаза резистенції

формується або вже сформована (32 %). Завдяки інтерв'ю було підтверджено дуже високий рівень формування виснаження та втрату інтересу до професії.

Слід відмітити, що у працівників більш молодшого віку із стажем до 5 років симптоми емоційного вигорання не сформовані або не достатньо сформовані. Майже у всіх працівників має місце сформований симптом «спрощення» професійних обов'язків». У професійній діяльності, що включає широке спілкування з людьми, цей симптом виявляється в спробах полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних втрат. Простежуючи вплив професійного стажу на розвиток вигорання і сформованості фаз, бачимо, що найвищий рівень деперсоналізації проявляється у досвідчених «ветеранів» психіатричної галузі, а фаза виснаження сформована, в основному у працівників зі стажем від 10 до 20 років (додаток 9).

Наступним етапом став аналіз результатів опитувальника «Методика діагностики професійного вигорання для медичних працівників» (К. Маслач, С. Джексон) в адаптації Водоп'янової Н.Е. та Методика діагностики професійного вигорання К. Маслач

Результати відобразилися у порівняльній таблиці.

**Порівняльна таблиця  
сформованості професійного вигорання у медичних працівників  
психіатричних на наркологічних закладів Луганської області (%).**

	Емоційне вигорання		Деперсоналізація		Редукція	
	За К. Маслач в адаптації Водоп'янової Н.Е.	За К. Маслач	За К. Маслач в адаптації Водоп'янової Н.Е.	За К. Маслач	За К. Маслач в адаптації Водоп'янової Н.Е.	За К. Маслач

Низький рівень	27	25	13	19	11,5	21
Середній рівень	54	51	74	63,1	38	36,1
Високий рівень	19	24	13	17,9	50,5	42,9

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

Емоційне виснаження: слід звернути увагу на тих працівників, які мають найвищий рівень емоційного виснаження - (19 та 24 %), тривожить те, що майже половина опитуваних вже мають ознаки емоційного вигорання, які продовжують розвиватися та цілком ймовірно можуть досягнути найвищого ступеню.

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

Редукція особистих досягнень. Високий рівень мають – від 11 % до 27% медичних працівників. Такі працівники, що мають високий рівень показників, негативно оцінюють себе, свої професійні досягнення та успіхи, спостерігається негативізм щодо службової гідності, обмеження своїх можливостей, обов'язків щодо інших, іноді відверте ігнорування професійних обов'язків. Аналізуючи відповіді на даний опитувальник, відзначаємо, що, особливо середній медичний персонал, незважаючи на

високі показники виснаження та деперсоналізації, намагався не допустити повної байдужості і нівелювання своїх обов'язків.

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

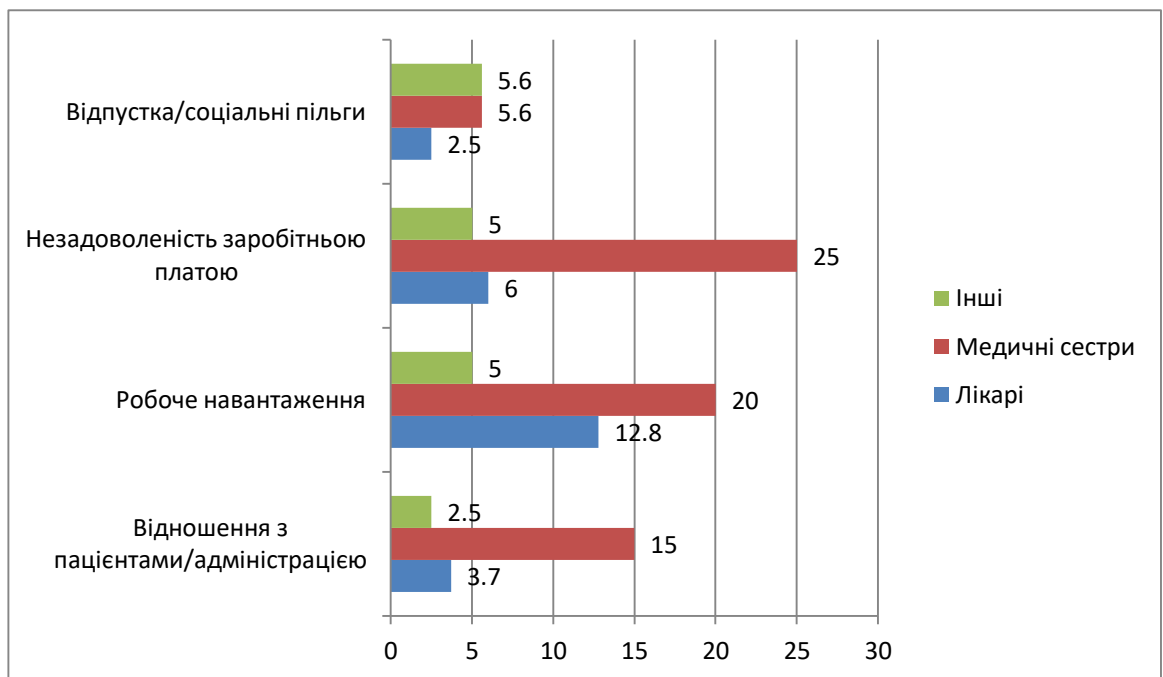
Цікаво, що аналізуючи відповіді на ці два опитувальника, неважко було виокремити відверті відповіді та деяку нещирість респондентів. Якщо в першому варіанті багато медичних працівників намагалися приховати свої проблеми і відповідали з бажанням прикрасити або применшити існуючі проблеми, то в другому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

Третій варіант опитувальника, що використовувався при дослідженні, створений на основі опитувальника WHO проекту GENANTO, що був в свій час розповсюджений на території Луганської та Донецької області та допомагає виявити приховані проблеми респондента (алкоголізація, вживання психоактивних речовин, схильність до депресії, хронічна незадоволеність тощо). Це дозволило провести своєрідний локус-контроль серед респондентів та виявити досить цікаві, а скоріше тривожні цифри. Наприклад, почуття самотності (постійне) підтверджують 20,43%, 6,4% алкоголізуються, при чому 8,6% зовсім відмовилися відповідати на питання цього блоку; 3,22% визнають прояви агресії до рідних та близьких, 5,7% незадоволені станом свого фізичного здоров'я, а 13,9% - психічного. 16,3% часто вживають психотропні, снодійні або знеболюючі препарати не за



призначенням лікаря для зменшення проявів безсоння, стресу чи втоми. 52,9% відчувають тривогу, а 13% з них відмовилися відповідати зовсім на ці питання. Але при бесіді (інтерв'ю) визнали, що живуть з почуттям тривоги постійно і вже звикли до цього стану. До речі, найменший % деперсоналізації у респондентів, що проживають у сільській місцевості.

**Рівень факторів незадоволеності серед  
лікарів, медичних сестер та немедичних працівників психіатричних  
закладів Луганської області (%)**



Основна кількість респондентів – це дійсно професіонали і люди, віддані своїй професії, своїй спеціальності. Але 18,28% з них зверталися за допомогою для вирішення особистих психологічних проблем. З них 2,15% - до психіатра, 4,3% - до психолога, 2,15% – зверталися до священника, А 9,7% потребували підтримки та допомоги друзів, сусідів.

Однак встановлено, що у лікарів частіше зустрічається симптом розширення сфери економії емоцій (53,5%), а у медсестер емоційний дефіцит (55,5%). Відповідно вибірці симптоматично і у лікарів, і медсестер прояви професійного вигорання досить схожі, але в медсестер деякі симптоми вже мають серйозніший характер. Цей факт є показовим у контексті попередньо

висвітлених даних, що саме молодший медичний персонал сильніше переживає професійне вигорання.

Дані таблиць виразно засвідчують, що медсестри, на відміну від лікарів, в цілому мають дещо вищий рівень сформованості професійного вигорання. Детальний аналіз найпоширеніших симптомів професійного вигорання показав, що у медичних сестер та братів у найбільшій кількості осіб спостерігаються: неадекватне емоційне реагування до 67,2 %; редукція професійних обов'язків 35 %); емоційно-моральна дезорієнтація 59,2%.

Іншим методом вивчення розвитку особистості медичного працівника в умовах «професійного вигорання», що застосований у дослідженні, є метод спостережень як цілеспрямоване й організоване сприйняття особливостей поведінки лікарів та медичних сестер в різних ситуаціях робочого процесу з подальшою реєстрацією даних. Організуючи процес спостереження, важливо було дотримуватися принципу невтручання в хід подій і лише відслідковували їхні зміни. Беззаперечною перевагою спостереження є отримання даних про реальну поведінку та взаємовідносини працівників, а недоліком методу є: трудомісткість і неможливість фіксації усіх змін, що відбуваються, а також суб'єктивний характер в інтерпретації проявів. У нашому дослідженні метод спостереження носив характер прямого активного і такого, що має певну мету, – діагностувати прояви розвитку особистості медичного працівника в умовах «професійного вигорання» у процесі його взаємодії та взаємовідносин із пацієнтами, колегами, керівництвом. За характером взаємодії застосовувалося як включене, так і невключене спостереження.

Включене спостереження дало змогу споглядати та вивчати медичний персонал у неформальній обстановці, у повсякденних життєвих ситуаціях.

Вибір бесіди як методу отримання інформації зумовлений можливістю безпосередньої взаємодії з досліджуваним. У цьому полягає перевага бесіди над іншими методами діагностики. Вільне спілкування дає можливість

досліджуваному самостійно обирати форму і зміст відповідей на запропоновані питання, відмовлятися від відповіді на ті чи інші або участі у бесіді в цілому. Під час бесіди важливо та пізнавально було знайти як вербальний контакт так і невербальний. Недосказанність, погляд, відповідний габітус, стиснуті губи, а іноді і повна, безжальна відвертість як посил про допомогу, дозволили сформувані критерії факторів незадоволеності, рівень тривожності.

**Аналіз рівня задоволеності організацією робочого процесу у лікувальному закладі з надання психіатричної та наркологічної допомоги (%)**

№ з/п	Рівень задоволеності	Лікарі	Медичні сестри	Молодший медичний персонал
1	Стосунки з колегами	70	96	80
2	Ставлення керівництва	80	53	44
3	Умови праці	60	57	37
4	Режим, графік роботи	53	84	73
5	Оплата праці	70	30	25

Гнучкість у формі та послідовність питань у ході бесіди обумовлені необхідністю ситуативного зниження напруги опитуваного, підвищення його емоційності й самовираження. Бесіда є багатим джерелом інформації про рівень та особливості сформованості сутнісних характеристик досліджуваних. Водночас певним недоліком цього методу є суб'єктивний характер інтерпретації отриманих емпіричних даних. Внаслідок такого спілкування з'ясовано, що більшість учасників дослідження загалом не дуже

задоволені власним життям, а саме розподілом уваги, часу й сил між роботою та особистим життям, вважають, що неправильно ставляться до виконання професійних обов'язків, деякі вважають себе трудоголіками. Багато хто згадує про те, що не може розслабитися навіть вдома, не перестає думати про роботу, деяких робочі питання й стреси переслідують й під час сну, а 35,5 % мають проблеми зі сном (переривчатий сон, погане засинання, раннє пробудження, кошмари). Проте, незважаючи на труднощі, що пов'язані з професією та залежністю від пацієнтів та їх родичів, постійно змінюючих умов праці та оплати (до реформи на законодавчому рівні була встановлена надбавка до 25% до тарифної ставки за складність та напруженість в роботі медичним працівникам психіатричних і наркологічних закладів), неуважним ставленням держави до медичної галузі (важко бути конкурентоспроможним закладом, якщо твої пацієнти – найбільш уразлива, соціально-незахищена, непрацевдатна та залежна когорта суспільства з безліччю додаткових діагнозів – ВІЛ, туберкульоз, ППСШ, важкі соматичні розлади – за лікування яких НСЗУ не виділяє кошти), на думку більшої половини учасників, вони б не стали міняти роботу. Проте, 22,6% визнають повну невпевненість свого майбутнього взагалі, 49,4 % зовсім не бачать можливості професійного розвитку у медицині взагалі, 24,7% невпевнені, що зможуть залишитися на робочому місці або ж зберегти додатковий заробіток – 0,5 чи 0,25 робочої ставки і, нервують через скорочення штату. Під час бесіди було з'ясовано, що деякі учасники чули про синдром «професійного вигорання», проте більшість не пов'язували його із власною діяльністю. Більшість учасників вважають, що синдромом «професійного вигорання» можна назвати загальну втому, яка особливо відчувається наприкінці виснажливого чергування та перед відпусткою, тільки 7 учасників були обізнані в теорії даного питання до участі у даному дослідженні, а з них троє знаходилися під впливом ПТСР (що було офіційно підтверджено спеціалістами КНП «ЦПЗ»). Проте 7,5 %

респондентів висловили своє прагнення змінити місце роботи, і свою майбутню професійну діяльність вони не зв'язують з медициною взагалі.

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

#### **РОЗДІЛ 4.**

#### **ПРОФІЛАКТИКА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ.**

Отже, професійне вигорання, що виникає на фоні хронічного професійного стресу високої та середньої інтенсивності протягом тривалого часу, в результаті неефективного його подолання, супроводжується змінами:

– фізіологічних функцій (фізичне виснаження, зменшення психофізіологічних ресурсів тощо);

– афективно-когнітивних функцій (фокусування на ірраціональних або асоціальних установках і почуттях: дезадаптивні копінг-стратегії, емоційне виснаження, деморалізація, деформація особистості професіонала тощо);

– поведінкових реакцій (акцентування типів поведінки, деперсоналізація, дезадаптація, зниження мотивації та продуктивності праці тощо) [38].

Для здорової психіки характерний позитивний емоційний стан. Саме емоційний стан чинить потужний вплив на психічне здоров'я і, є його надійним індикатором, тому негативний емоційний стан - показник погіршення психічного здоров'я і здоров'я в цілому. Ймовірність зриву вищої нервової діяльності, так само як і виникнення негативних емоційних станів, багато в чому залежить від умов, в яких живе і працює людина, ставлення до нього, його діяльності, його проблем з боку оточуючих, а також від індивідуальних особливостей нервової системи людини.

#### **4.1. Сучасні стратегії подолання синдрому професійного вигорання**

Зараз як ніколи раніше важливою є роль охорони психічного здоров'я.

Навіть кампанія з нагоди Всесвітнього дня психічного здоров'я спонукає кожного зробити щось позитивне:

1) здійснити конкретні кроки для зміцнення власного психічного благополуччя і підтримати рідних і близьких у важкий для них час;

2) у роботодавців з'являється привід розробити програми забезпечення соціально-психологічного благополуччя працівників;

3) у державних органів - узяти на себе конкретні зобов'язання щодо створення або розширення роботи служб охорони психічного здоров'я;

4) у засобів масової інформації - розповісти світовій спільноті про те, що ще можна і потрібно зробити для надійного захисту психічного здоров'я кожного[39].

Інвестиції з боку уряду поряд із залученням соціальних, медичних та освітніх секторів є важливими кроками у комплексі дій щодо втілення програм поліпшення психічного здоров'я, подолання стигматизації та прискорення позитивних змін у цій царині. Для масової мобілізації ресурсів ці інвестиції мають бути спрямовані як на підвищення обізнаності населення щодо способів збереження психічного здоров'я, його підтримки і допомоги в разі такої потреби, так і безпосередньо на відбудову систем цієї галузі, які повною мірою відповідатимуть нинішнім реаліям життя.

Незважаючи на те, що держава та суспільство не звертає уваги на цю проблему, є досить цікавих та дієвих рекомендацій, що розробили психологи для подолання СПВ.

Саме тому поява зацікавленості у впровадженні добробуту та комфортних умов для тих, кого наймають цілком виправдана для системи охорони здоров'я, медичних організацій та закладів будь якої власності.

І будь-який заклад охорони здоров'я, який виявляє системну проблему, що загрожує якості надання медичної допомоги, знижує задоволеність пацієнтів, має швидко мобілізувати всі організаційні ресурси для розв'язання проблеми. Вигорання є саме такою системною проблемою.

Управлінська ланка переважно прагне до того, щоб її працівники були активно залучені до робочого процесу, спритні, витривалі та допомагали у створенні ефективніших моделей надання медичної допомоги, що в такий спосіб підвищувало би продуктивність та ефективність організації.

Хибним твердженням багатьох організацій є думка, що зменшення професійного вигорання та підвищення залученості персоналу - це справа рук самого персоналу. Але це односторонній підхід у вирішенні складної проблеми, яка потребує комплексного бачення.

Що ми нерідко спостерігаємо на рівні медичних організацій - це виснаження та зневіру лікарів і молодшого медичного персоналу. Будь-які спроби з боку керівництва та вищої ланки щодо організації семінарів з

управління стресом, тренінги з профілактики професійного вигорання, сприймаються працівниками з недовірою та являють собою достатньо вузьке рішення проблем низької залученості, виснаження персоналу та демотивації. Саме тому постає питання щодо формування системних стратегій у розв'язанні вищенаведених проблем.

Варто звернути увагу на два поширені міфи, які можуть стати перешкодами для медичних організацій, що впроваджують ефективні заходи.

Перший - це переконання, що кроки, необхідні для покращення добробуту медичного працівника, будуть суперечити іншим організаційним завданням.

Другий - припущення, що всі ефективні втручання, спрямовані на зменшення вигорання, будуть непосильними щодо фінансових витрат. Реальність полягає в тому, що невеликі інвестиції для вирішення цього питання можуть мати великий вплив для досягнення інституційних цілей, а багато ефективних втручань є незначними за витратами.

Широкі докази свідчать про те, що організація та практичне середовище відіграють вирішальну роль у тому, чи залишаються лікарі залученими, чи вигоряють.

Виділяють сім чинників, які можуть призвести до вигорання, або сформуванню залученості персоналу, серед них: робоче навантаження, ефективність, гнучкість/контроль за роботою, баланс між робочим та особистим життям, узгодження індивідуальних та організаційних цінностей, соціальна підтримка/спільнота на роботі та ступінь значущості роботи [40].

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

1. Це якісна професійна підготовка, яка виховує фізичні і душевні сили, витривалість, підвищує впевненість у своїй здатності як особистостей членів медичної спільноти перед поставленими завданнями, готує до



2. майбутніх стресових чинників. При цьому медичні працівники виконують роботу з більшою впевненістю та меншою втратою психологічних ресурсів, що пов'язані з тривогою.

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

4. Лідерство в медицині поняття комплексне та багатостороннє. Це ключовий чинник для стабільності та підтримки колективу. Лідери – навчають, надихають, допомагають сконцентруватися на професійних завданнях, вселяють довіру, впевненість та надають приклад етичної та моральної поведінки. Але тут є великий ризик для швидкого розвитку СПВ у самих лідерів [41].

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

**Стратегія 1. Визнати та оцінити проблему.** Передбачає можливість відкритої розмови з керівництвом, ефективної внутрішньої комунікації з наступною демонстрацією того, що організація дбає про благополуччя

лікарів. Формати роботи: відеоінтерв'ю, робочі групи, бродкаст розсилки тощо.

На жаль, сучасні реалії медицини, особливо в психіатрії та наркології, не дозволяють настільки масштабно займатися цією проблемою. Але, іноді, для вирішення або запобігання конфліктів в колективі, використовується принцип супервізії.

**Стратегія 2. Використати силу лідерства.** Важливий акцент слід робити на відборі «правильних» лідерів, які мають відповідні компетенції та авторитет серед колег.

**Стратегія 3. Розроблення та впровадження оптимізації роботи.** Цей підхід також допомагає трансформувати спосіб мислення медичних працівників від жертви в «зламаний, застарівшій системі», до уповноваженого партнера, який працює спільно з керівниками та покращує спільне майбутнє в організації .

**Стратегія 4. Формування спільноти на роботі.** У вирішенні всіх робочих викликів, працівнику важливо орієнтуватися на підтримку колег. Ця підтримка може виражатися у широкому спектрі заходів. Важливим чинником такого об'єднання людей є спільна місія та мета роботи, співпраця на благо репутації медичних працівників та престижу клініки, у якій - працюють.

Одним із простих способів сприяння взаємодії лікарів може стати створення простору для надання кави та перекусів медичним працівникам.

**Стратегія 5. Використання нагород та заохочень.** Сьогодні заклади системи охорони здоров'я мають можливість мотивувати медиків фінансовою винагородою, коригуючи їхню зарплату на підставі продуктивності (тобто отримання доходу), або роздаючи бонуси на основі ефективності.

**Стратегія 6. Формування цінностей та зміцнення корпоративної культури.** Більшість організацій охорони здоров'я має альтруїстичний

характер заяв про місію, яка зосереджена на служінні пацієнтам та наданні їм найкращої медичної допомоги. Культура організації, її цінності та принципи значною мірою визначають, чи досягне вона своєї місії.

**Стратегія 7. Формування балансу роботи/особистого життя.** Медична сфера має чимало факторів для появи професійного вигорання медичних працівників. Докази свідчать про те, що зменшення годин роботи можуть допомогти медичним працівникам відновитися від вигорання. Хоча залежно від спеціальності та чисельності організації, це не завжди можливо реалізувати. Медики, які витрачають щонайменше 20 % свого часу на ту частину роботи, яку вони вважають найефективнішою, значно знижують шанси на вигорання.

**Стратегія 8. Надання ресурсу для стійкості на роботі та розвиток культури самопомоги.** Організації мають скерувати зусилля на руйнування цієї стигми, розвиваючи серед лікарів культуру самопомоги, звернення до спеціалістів у разі психологічних проблем.

**Стратегія 9. Сприяння організації розвитку науки.** Розуміння необхідності доказової бази для медичної сфери актуалізує вкладання ресурсу в розвиток науки (рандомізовані випробовування, аналітика, доступність ресурсів для вивчення та публікацій).

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

Професійне вигорання медичних працівників стало основною проблемою для багатьох країн, що створює суттєві виклики та призводить до втрат у медицині XXI століття. Якщо їх не розв'язувати, епідемія вигорання може продовжувати поширюватись, завдаючи шкоду як пацієнтам, так і медичним працівникам.

#### **4.2. Способи і прийоми емоційної саморегуляції для медичних працівників при синдромі професійного вигорання**

Жоден медичний працівник, яким би підготовленим та мотивованим не був, не має імунітету до стресу. Тут дуже важливе вміння запобігати стресовим факторам і травмам. Запобігання цьому передбачає безперервне послаблення дії стресових чинників, що впливають на індивіда, медичний заклад, територіальну громаду та відновлення біологічних, психологічних, соціальних і духовних сил, вичерпаних під дією стресу.

Запас ресурсів витривалості кожного індивіда можна порівняти з дірявим відром, з якого постійно витікає вміст під дією стресу. Щоб не допустити його повного спустошення його слід постійно поповнювати здоровим сном, відпочинком, іншими формами поповнення.

Народне прислів'я про те, що порятунок того, хто тоне, є справою його власних рук, в сучасних умовах стає, як ніколи, доречним. Все більше людей приходять до висновку, що ніхто про них не подбає належним чином доти, поки вони не зроблять це самі

Особиста ефективна профілактика передбачає безперервний моніторинг чинників стресу на наслідків. А некеровані емоції можуть завдати шкоди і професіоналу, і особистості, і його взаєминам з оточуючими.

Важко очікувати, що людина прислухається до інших порад, коли емоції превалюють над розумом. Подібні «крилаті» висловлювання медичні працівники чують мало не щодня: "Потрібно тримати себе в руках", "Не слід піддаватися слабкості", «Ви повинні...», «Ви давали клятву Гіппократа», «Особисте залишаємо вдома» тощо. Пригнічуючи емоції «у наказовому порядку», медики найчастіше досягають протилежного ефекту - збудження посилюється, а слабкість стає нестерпною. Не справляючись з переживаннями, людина намагається придушити хоча б зовнішні прояви емоцій. Проте зовнішнє благополуччя при внутрішньому розладі обходиться дуже дорого: робуджені пристрасті обрушуються на власний організм, завдаючи йому удари, від яких він довго не може оговтатися [42].

Як бачимо, людині дуже часто доводиться придушувати емоції - як через особисті міркування, виконуючи професійні обов'язки або, наслідуючи традиціям.

Люди давно намагаються знайти способи впливу на свій емоційний світ. Така система регуляції емоцій, заснована на багатьох давніх, адаптованих до сучасності, або й зовсім нових прогресивних методиках. Дехто з медичних працівників, на жаль їх небагато, використовує подібні методики для нормалізації свого емоційного стану, регулювання фаз активності та відпочинку, профілактики емоційного вигорання, відновлення сил після важкого чергування тощо.

#### **Аутогенне тренування.**

Існує багато різновидів цього методу, вперше запропонованого німецьким психотерапевтом В. Шульцем у 1932 р. Класична методика Шульца включала ряд формул самонавіювання, що дозволяють після кількаразових занять вільно викликати відчуття тепла й важкості в різних частинах тіла, регулювати частоту дихання і серцебиття і викликати загальне розслаблення. В даний час аутогенне тренування широко використовується для корекції емоційних станів при підвищеному нервово-емоційному напруженні, для подолання наслідків стресових ситуацій, що виникають в екстремальних умовах професійної діяльності.

Сам метод досить простий, особливо після його вдосконалення Свядошем [43]. У нього входять певні вправи, що впливають на людину в напрямку від периферії до центру тіла. При правильному виконанні вправ їх вплив поступово посилюється, викликаючи розслаблення спочатку окремих ділянок, а потім і всього тіла.

Вправа виконується в положенні на спині. Ноги злегка розсунуті, носки нарізно. Руки вільно лежать уздовж тіла. Повільно повторюйте про себе наступні формули:

- Я абсолютно спокійний і розслаблений.

- Моя права рука (для лівші - ліва рука) - дуже важка ( м'язове розслаблення).

- Я абсолютно спокійний і розслаблений (повторити ще раз).

- По моїй правій (лівій) руці поширюється тепло.

- Я абсолютно спокійний і розслаблений (повторити один раз).

- У мене спокійний і рівний пульс (заспокоєння і ритмизация системи кровообігу).

- Я абсолютно спокійний і розслаблений (повторити один раз).

- Я дихаю спокійно і рівно ( гармонізація дихання)

- Я абсолютно спокійний і розслаблений (повторити один раз).

- По моєму животу розливається тепло (зняття напруги з шлунково-кишкового тракту).

- Я абсолютно спокійний і розслаблений (повторити один раз).

- Мій лоб прохолодний (зняття напруги з судин головного мозку).

- Я абсолютно спокійний і розслаблений (повторити один раз).

Вихід зі стану аутогенного тренування. Тренування закінчується цілком певним чином: Стиснути кулаки. Кілька разів енергійно зігнути і розігнути в ліктях обидві руки. Відкрити очі.

Ні в якому разі не можна забувати про правильний вихід зі стану аутогенного тренування, оскільки активність системи кровообігу, знижена в процесі розслаблення, і повинна бути відновлена поступово до стану неспанья.

Якщо людина хоче навчитися розслаблятися і концентруватися, цей метод може виявитися досить корисним.

### **Медитація або дзен.**

Являючись процесом зняття напруги (переважно фізичної), медитація цілком може знайти практичне застосування. Вже 2-3 хвилини медитації в день можуть надати надзвичайно позитивний вплив на людину, схильну до стресу.

До занять медитацією треба готуватися. При цьому розрізняють зовнішню і внутрішню підготовку.

#### 1. Зовнішня підготовка:

- треба переконатися в тому, що протягом наступних 10 хвилин людині ніхто і ніщо не завадить;

- треба сісти зручніше в крісло чи лягти на кушетку;

- перевірте ваш одяг, щоб він ніде не заважав.

#### 2. Внутрішня підготовка:

- ви впевнені, що хочете зараз медитувати?

- чи можете ви відкласти всі ваші повсякденні турботи в сторону і звернути свою увагу на самого себе і своє тіло?

- якщо так, то закрийте очі і спробуйте переключити свою увагу з зовнішнього світу всередину, на ваш внутрішній світ, на ваше тіло. Примусьте ковзати вашу увагу по всьому вашому тілу без всякої мети і плану, відчуйте своє дихання, відчуйте, як повільно піднімається і опускається при цьому живіт.

При медитації надзвичайно важливо правильне дихання. Рекомендується вважати вдихи і видихи (раз - вдих, два - видих, три - вдих, чотири - видих, і так далі до десяти, а потім повторити все спочатку).

Є також і інші способи дихальної медитації. Важливо знайти той метод, що найбільше підходить людині і поліпшує її самопочуття.

#### **Масаж.**

Для досягнення позитивного ефекту має значення як застосовуваний масажний прийом, так і методика його використання. Так, при підвищеному психоемоційному напруженні хороший ефект дає тривале, монотонне використання таких прийомів, як погладження і глибоке, ритмічне, спокійне розминання. При пригніченому стані людини, низькому психічному тонусі активізації збудливих процесів і зняття гальмівних допомагає

застосування в короткочасному різкому режимі розтирань, ударів, поверхневих інтенсивних розминання тощо.

### **Сон.**

Доводиться стикатися з різними рекомендаціями проти безсоння, такими, наприклад, як "підрахунок овець чи слонів в стаді" і т. д., але оскільки сон - річ дуже індивідуальна, то застосування подібних методів часто не допомагає. Корисно ознайомитися з деякими правилами, виконання яких може просто оздоровити ваш сон:

1. Спробуйте встановити, скільки часу на сон вам необхідно витратити, щоб відчувати себе бадьорим і свіжим. Якщо спати довше, ніж потрібно, то сон буде менш ефективним.

2. Намагайтеся більше рухатися, адже фізичні навантаження сприяють здоровому сну (прогулянка ввечері). Але фізичне перенапруження, навпаки, може привести до порушень сну.

3. Намагайтеся по можливості вставати, а також лягати спати в один і той же час. Таким чином, ви звикнете до певного режиму сну і активності.

4. Слідкуйте за температурою в спальні та свіжим повітрям.

5. Всім відомо, що шум заважає спати. Якщо неподалік від вашого будинку є джерела шуму (наприклад, транспортний рух), то вам слід прийняти відповідні заходи.

6. Напої, що містять кофеїн, відбивають сон. Навіть якщо ви вважаєте, що чашка кави перед сном для вас не перешкода, краще відмовитися від цієї звички.

7. Важка і рясна їжа перед сном може зробити його неспокійним. Як, втім, і почуття голоду.

8. Постійне вживання снодійних засобів шкідливо, згодом вони до того ж практично перестають діяти. Прийом ж снодійного по одній таблетці від випадку до випадку допоможе вам легко заснути.



9. Не намагайтеся зусиллям волі змусити себе заснути. Замість розслаблення це веде до ще більшої скутості. Зберігайте спокій в тому випадку, якщо вам не вдається відразу заснути. Спробуйте почитати трохи - деяким допомагає [44].

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

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

## **ВИСНОВКИ**

З отриманих даних доведено, що синдром вигорання медичних робітників, які надають в сучасних умовах широкий спектр медичних послуг у лікувальному закладі або вдома, викликаний низкою специфічних особливостей їх діяльності. Серед них - величезна відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів, яка важким тягарем лягає на їхні плечі; тривале перебування серед негативних емоцій - страждання, болю, відчаю, роздратування і так далі, які так чи інакше за механізмом емоційного зараження передаються всім медичним працівникам; заробітну плату, яка не відповідає ступеню їх соціальної відповідальності, що викликає почуття незадоволеності своєю професією.

У процесі написання магістерської роботи було визначено та проаналізовано теоретичні підходи до особливостей зовнішніх та внутрішніх чинників емоційного вигорання медичних працівників психіатричних закладів у Луганській області; розглянуто комплекс методик, спрямованих на вивчення психологічних чинників у даній категорії працюючих; підібрано профілактичні заходи та особистісні рекомендації щодо подолання емоційного вигорання у медичних працівників.

Встановлено, що вигорання являє собою комплекс психічних переживань і поведінки, які відображаються на працездатності, фізичному і психічному самопочутті, а також на персональних відносинах працівника. Узагальнивши багато визначень «вигорання», проаналізувавши дані, виокремили три головних компоненти: емоційне та / або фізичне виснаження, деперсоналізація й знижена робоча продуктивність.

У процесі досліджень було доведено значущість впливу сучасних стресоутворюючих факторів на медичних працівників, що надають психіатричну та наркологічну допомогу жителям Луганської області.

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

Встановлено згідно з отриманими даними, що найбільш сформованими та активно поширеними є такі симптоми синдрому професійного вигорання, як неадекватне емоційне реагування (24%), редукція професійних обов'язків (21%), переживання психотравмуючих обставин (65 %), тривоги та депресії (50%).

Доведено, що на виникнення проявів синдрому професійного вигорання впливає величина медичного стажу. Так у працівників молодшого віку (20-25

рр.) та які мають стаж до 6 років, симптоми емоційного «вигорання» не сформовані або не достатньо сформовані. Майже у всіх працівників більше або менше сформований симптом «редукція професійних обов'язків» – спроба полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних втрат.

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

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

Під час дослідження було підтверджено, що внутрішній психологічний стан медичного працівника в Луганській області підпадає посиленому тиску, тому й потребує більш ретельних заходів щодо підтримки працездатності. В першу чергу, фахівцям необхідно піклуватись про своє професійне і психічне здоров'я самотужки. Для цього їм рекомендовано проводити періодичний самоаналіз, намагатись виявляти прояви стресу ще на ранніх стадіях, відволікатись від проблем в неробочий час, не занурюватись в емоційні переживання, періодично змінювати оточуюче середовище, використовувати свої відпустки для відпочинку, а не для завершення робочих справ, щодня налаштовувати себе на позитив.

Встановлено, що важливу роль у запобіганні професійного вигорання відіграють організаційні заходи в медичному закладі. Керівники мають здійснювати постійний моніторинг стану власних фахівців, проводити різноманітні профілактичні тренінги, стимулювати мотивацію і підтримувати професійний тонус. Також важливими є формування реалістичних часових рамок для виконання завдань, формування чітких посадових інструкцій і обов'язків, створення атмосфери взаємної підтримки в робочому колективі, та налагодження чіткої комунікації.

Ще одним важливим елементом запобігання вигоранню є психологічний супровід або робота з психологом – це комплексний процес, направлений на забезпечення умов для оптимальної самореалізації в професії, на профілактику і корекцію деструкції синдрому вигорання, адаптацію в швидко мінливих сучасних умовах діяльності медичних працівників.

Комплексні профілактичні заходи повинні попередити і запобігти розвитку синдрому професійного вигорання.

Як і усюди, в Луганській області, медичні працівники це , насамперед - люди - які по різному реагують на стрес, мають особисті проблеми, хворіють як і їх пацієнти, вирішують безліч побутових проблем, виховують нове покоління.

Тисячі українських фахівців хочуть отримати чіткі відповіді на питання, які ставить перед ними сучасне життя. Це психологи, лікарі, медичні сестри, молодший медичний персонал, організатори охорони здоров'я. Стабілізація канонів і стандартів медичної допомоги, впевненість у особистому та професійному майбутньому, здорова мотивація і чесна професійна конкуренція, гідне фінансове забезпечення і умови праці зможуть мінімізувати розповсюдження синдрому професійного вигорання та підвищення престижу професії.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Wilmar B. Schaufeli. Burnout: A Short Socio-Cultural History , (Washington, DC: Taylor & Francis, 1993), pp. 105–127.
2. <http://loga.gov.ua/sites/default/files/golova-acts/200807545.pdf> »  
(Про створення обласної координаційної ради із розвитку охорони психічного здоров'я у Луганській області від 07.08.2020 р. №545).
3. Burish M. Burnout-Syndrom-Theorie der innern Erschöpfung. Berlin, 1989. – P. 220-232.
4. Борд Д. (1869). "Неврастенія або нервові виснаження". Бостонський медико-хірургічний журнал. 80 (13): 217–221.
5. Бабич О. И. Личностные ресурсы преодоления синдрома профессионального выгорания педагогов : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» / О. И. Бабич. – Хабаровск, 2007. – 24 с.
6. Herbert J. Freudenberger[en]. Staff burn-out (англ.) // Journal of Social Issues[en]. — 1974. — Vol. 30, no. 1. — P. 159—165. —
7. Christina Maslach, Susan E. Jackson. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behaviour. — 1981. — Vol. 2. — P. 99–113. — ISSN 0894-3796.
8. Лаврова М.Г. Теоретичний аналіз сучасних поглядів на поняття "емоційне вигорання" / М.Г. Лаврова // Вісник Одеського національного університету. Психологія. – 2014. – Т. 19. – Вип. 2. – С. 194-202
9. Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung / M. Burisch. – [3. Auflage]. – Berlin : Heidelberg Springer Medizin Verlag, 2006. – 314 s
10. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении / В. В. Бойко. - СПб. : [Сударыня], [1999]. - 28, [1] с.; 19 см.; ISBN 5-87499--048-8.

11. Christina Maslach and Wilmar Schaufeli, «Historical and Conceptual Development of Burnout, in Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research», ed. Wilmar Schaufeli, Christina Maslach, and Tadeusz Marek (Washington, DC: Taylor&Francis, 1993), pp. 1–16.

12. Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям 10-го перегляду. (Z00-Z99) Клас XXI. Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я.

13. Офіційний сайт ресурсу PsycINFO Американської психологічної асоціації. URL: <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx> (дата звернення 11.11.2020).

14. <https://scholar.google.com.ua/> інтернет ресурс.

15. Матеріали онлайн-конференції: «Психосоматична медицина: наука та практика» (16-17 квітня 2021р). «Нові погляди на ефективну медичну допомогу при COVID-19»

16. Амбрумова А. Г. , Тихоненко В. А. , Бергельсон Л. Л. : Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида. Ж «Вопросы психологии» № 1981/4 с.91

17. Schattenburg L. (2016). Theoretische und Variationen. Erfahrungsbericht über integrativ fundierte Interventionen in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 61, Issue 5, 393-398.

18. Капцов В. А. Эмоциональное выгорание як проблема современности / В.А. Капцов // Медицинская помощь. – 1996. – № 2. – С. 15–19

19. Черникова Т. В., Болучевская, В. В., Новикова Ю. Г. Нравственное здоровье и эмоциональное выгорание врачей-практиков как предмет учебного взаимодействия в системе повышения квалификации / Т.В. Черникова, , В.В. Болучевская, Ю.Г. Новикова // Проблемы андрагогики высшей медицинской школы. – 2011. – № 3. – С.126–146

20. Марута Н.О., Чабан О.С., Каленська Г.Ю. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я. Міжнародний неврологічний журнал. 2019. № 7 (109). С. 22–30
21. Kosarev V. V., Babanov S. L. (2011). Nevrozy u meditsinskikh rabotnikov [Neuroses in medical workers]. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, 1, p. 49 [in Russian].
22. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб. : Питер, 2005
23. Москалець В. П. Психічне вигорання – реальність чи вигадка? /В. П. Москалець, Т. Колтунович // Практична психологія та соціальна робота. – 2012.– №1. – С. 58–65.
24. Maslach C., Leiter M.P. Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*. 2008. № 93. P. 498-512.
25. Юр'єва Л. М. Професійне вигоряння у медичних працівників. Формування, профілактика і корекція / Л. М. Юр'єва. – К. : Сфера, 2004. – 272 с.
26. Малыгин В.Л., Пахтусова Е.Е., Искандирова А.Б., Шевченко Д.В. Социально-психологические факторы риска формирования эмоционального выгорания у врачей психиатров и наркологов// Электрон.журнал. Медицинская психология в России -№4 (9) - 2011. -режим доступа [http://www.medpsv.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_4\\_9/nomer/nomer15.php](http://www.medpsv.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer15.php)
27. Рукавишников А. А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов : дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.03 ; 19.00.05 / Рукавишников Алексей Александрович. – Ярославль, 2001 – 173 с.
28. Малыгин В.Л., Искандирова А.Б., Пахтусова Е.Е., Шевченко Д.В. Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей различных специальностей. // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих»

профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сб. науч. ст. / под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного; Курск. гос. ун-т, С.-Петербург. гос. мед. академ. им. И.И. Мечникова. Курск: КГУ, 2007. – С. 108 – 110.

29. Пінчук І. Безпрецедентність кризи в українській психіатрії. *Нейроnews-психоневрологія та нейропсихіатрія* № 4 (115) 2020, 5 с.

30. <https://razumkov.org.ua/uploads/other/2021-PIDSUMKI-PROGNOZI-UKR-ENG>

31. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников. –К.,2004. –С.-9-263.

32. Колтунович Т. А. Синдром професійного вигорання в історичній ретроспективі: аналітико-експериментальний період дослідження феномена / Т. А. Колтунович // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер.: Педагогіка і психологія : зб. статей. – Ялта : РВВ КГУ, 2014. – Вип. 42. – Ч. 4. – С. 236–245.

33. Орел В. Е. Синдром психического выгорания личности / В. Е. Орел. – М.:Издательства Ин-та психологи РАН, 2005. – 329 с. ДИП 49.

34. Зайчикова Т. В. Вплив синдрому «емоційного вигорання» на професійне становлення педагога / Т. В. Зайчикова // Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології: матер. міжнар. наук. конф., присвяченої 35-річчю наукової та педагогічної діяльності академіка С. Д. Максименка (17–18 грудня 2001 р., м. Київ). – Т. 4. – К.: Міленіум, 2002. – С. 131–135.

35. Никифоров Г. С. Психология здоровья: Учебное пособие. – С. Пб. Речь, 2002. – 256 с.

36. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении / Бойко В.В.; [2-е изд., доп. И перераб.]. – СПб.:Пресса, 2004. – 474 с.

37. Влах Н.И. Особенности синдрома эмоционального выгорания у представителей медицинских профессий. *Вестник ЮжноУральского государственного университета. Серия: Психология.* 2017. Т. 10. № 1. С. 5-11.



38. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (20-21 травня 2021р). «Постковідна психіатрія – чи є свої особливості?» Чабан О.С.

39. Надії, страхи, мрії. Погляди наступного покоління України. Дослідження провели British Council за підтримки GfK (2014) [https://www.britishcouncil.org/sites/default/files/hopes\\_fears\\_and\\_dreams.pdf/](https://www.britishcouncil.org/sites/default/files/hopes_fears_and_dreams.pdf/)

40. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (20-21 травня 2021р). «Підготовка фахівців, що працюють в сфері психічного здоров'я: проблеми в галузі психотерапії і медичної психології» проф. Маркова М.В., ХМАПО

41. Матеріали онлайн - тренінгу «Сучасні підходи до медико-психологічної реабілітації осіб, що зазнали негативного впливу надзвичайних ситуацій воєнного, соціального, техногенного характеру» (6-7 лютого 2021 р.). Українська асоціація військової медицини.

42. Матеріали онлайн-конференції: «Психосоматична медицина: наука та практика» (16-17 квітня 2021р). «Нові погляди на ефективну медичну допомогу при COVID-19» Марута Н. О.

43. Свядоц А. Психотерапия. Пособие для врачей — Абрам Свядоц - Питер, 2000.-5-277

44. Дзюба К. Профілактика професійного вигорання / К. Дзюба // Психолог. – 2013. – № 8. – С. 24-25.

## ДОДАТКИ

## Додаток 2

Методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойка.

*Мета дослідження:* визначення рівня емоційного вигорання.

*Матеріали та обладнання:* тест-опитувальник «емоційного вигорання» В. В. Бойка (додаток 2), бланк для відповідей та ручка.

Методика Бойка В.В. дала змогу оцінити три фази розвитку синдрому емоційного вигорання (фазу напруження, резистентності та виснаження), кожна з яких мала чотири симптоми: фаза напруження – переживання психотравмуючих обставин, невдоволеність собою, відчуття «загнаності в кут, тривога й депресія; фаза резистентності – неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків; фаза виснаження – емоційний дефіцит, емоційне відчуження особистісне відчуження (деперсоналізація), психосоматичні та психовегетативні порушення. Симптоми мали різні ступені формування: несформований ( $\leq 9$  балів), формування (10–15 балів), сформований (16–19 балів)). Крім того, у кожній фазі може бути домінуючий симптом ( $\geq 20$  балів). Дана методика складається з 84 питань і є найбільш універсальною та дає можливість системно і детальніше проаналізувати міру вираженості трьох компонентів синдрому «вигорання». Враховуючи якісні і кількісні показники, які обчислюються за даними методики для різних компонентів синдрому «вигорання», можна дати досить змістовну характеристику щодо проявів синдрому в особистості, а також визначити індивідуальні та групові заходи профілактики і психокорекції.

*Процедура дослідження.* Дослідження за допомогою тесту опитувальника проводилися індивідуально.

*Інструкція досліджуваному:* «Тест містить 84 твердження. Прочитайте і дайте відповідь. Перевірте себе. Якщо ви є професіоналом в якій-небудь сфері взаємодії з людьми, вам буде цікаво побачити, наскільки у вас сформувався психологічний захист у формі емоційного вигорання. Читайте

думки і відповідайте «Так» чи «Ні». Візьміть до уваги, якщо у формулюваннях опитувальника йде мова про партнерів, то це суб'єкти вашої професійної діяльності – пацієнти, їх родичі, колеги та інші люди, з якими ви щодня працюєте. Не намагайтеся своїми відповідями створити приємне враження. Свою думку висловлюйте вільно і відверто. Краще давати ту відповідь, яка першою спаде на думку. Кожне наступне твердження читайте після того, як дасте відповідь на попередні. Анкетування анонімне за бажанням, Ви можете не вказувати своє ім'я». Якщо у Вас виникнуть які небудь запитання, пов'язані із заповненням бланка, задайте їх експериментаторові перед тим, як почнете роботу над тестом-опитувальником особисто або в телефонному режимі»

Методика «Психологічне вигорання» у професіях системи «людина - людина» (розроблена Н. Є. Водоп'яною, О. С. Старченковою на основі моделі К. Маслач та С. Джексон) (додаток 3).

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

*Матеріали та обладнання:* тест-опитувальник, бланк для відповідей та ручка. Дана методика зорієнтована перш за все на дослідження тих категорій фахівців, які працюють в системі «людина - людина». Тому саме цю методику, на думку авторів, доцільно використовувати, аналізуючи синдром «вигорання» у медичних працівників. Варто нагадати, що методика базується на теорії синдрому «вигорання», розробленій К. Маслач і С. Джексон, і дає можливість визначити такі основні складові синдрому «вигорання»: емоційне виснаження; деперсоналізація; редукція особистих досягнень. Методика є досить компактною у використанні порівняно з першими двома методиками — вона включає лише 22 запитання (додаток 3). Тому її доцільно застосовувати у ситуації, коли потрібно дуже швидко провести опитування. На основі результатів, отриманих за допомогою опитувальника, можна також розробити програми подолання синдрому «вигорання» як для окремої особистості, так і для групи людей, які працюють в одному підрозділі чи закладі.

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

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

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

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

*Матеріали та обладнання:* тест-опитувальник (додаток 4), бланк для відповідей та ручка.

Методика містить 3 шкали:

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

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

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

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

та відвертість досліджуваних у відповідях на попередні тести - опитувальники.

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

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

*Процедура дослідження.* Дослідження за допомогою тесту-опитувальника проводилося, в основному, індивідуально на вибір кожного респондента. Кожному учаснику дослідження надавався тест-опитувальник. *Інструкція досліджуваному:* «Вам пропонується 40 питань та тверджень про почуття та переживання, пов'язані з Вашим особистим життям, Вашими відчуттями та емоціями, роботою, станом здоров'я. Будь ласка, прочитайте уважно кожне питання та твердження, і вирішіть, чи відповідає Ваш емоційний стан відносно вашої роботи, життя, сім'ї тощо. Для оцінки ступеня своєї згоди з твердженням використовуйте шкалу: якщо у Вас не було такого почуття, у бланку відповідей позначте позицію 0 – «ніколи»; якщо у Вас було таке почуття, вкажіть, як часто Ви його відчували. Для цього у таблиці напроти питання у відповідному стовпчику, що відповідає частоті переживань того чи іншого почуття поставте позначку або відмітьте у шкалі

той стан, що найбільше відповідає Вашому. Опитувальник дає можливість не відповідати на деякі питання, або ж надати свою унікальну відповідь.

Додаток 5

### Тест, розроблений Бойко В.В.

1. Організаційні недоліки на роботі (навчанні) постійно змушують нервувати, переживати, напружуватися. **так/ні**
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, а ніж на початку кар'єри. **так/ні**
3. Я помилився у виборі професії або профілю діяльності. **так/ні**
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати / вчитися (менш продуктивно, якісно, повільніше). **так/ні**
5. Тепло́та взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою – хорошого або поганого. **так/ні**
6. Від мене як професіонала / людини мало залежить благополуччя партнерів. **так/ні**
7. Коли я приходжу з роботи / навчання додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться побути наодинці, щоб зі мною ніхто не спілкувався. **так/ні**
8. Коли я відчуваю втому або напругу, то намагаюся скоріше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію) .**так/ні**
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати партнерам того, що вимагає борг, у тому числі професійний. **так/ні**
10. Моя робота / навчання притупляє емоції. **так/ні**
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі, навчанні, в житті. **так/ні**
12. Іноді буває, що я погано засинаю (сплю) через переживання. **так/ні**
13. Взаємодія з партнерами вимагає від мене великої напруги. **так/ні**
14. Робота / взаємодія з людьми приносить все менше задоволення **так/ні**
15. Я б змінив місце роботи / навчання, якби випала нагода. **так/ні**
16. Мене часто засмучує те, що я не можу належним чином надати партнеру підтримку, послугу, допомогу, в тому числі професійну. **так/ні**
17. Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою на контакти, в тому числі ділові. **так/ні**
18. Мене дуже засмучує, якщо з'являється розбрат у відносинах з діловим партнером. **так/ні**
19. Я настільки втомлююся на роботі / навчанні, що вдома намагаюся спілкуватися якнайменше. **так/ні**
20. Через брак часу, втоми або напруги часто приділяю увагу партнеру менше, ніж належить. **так/ні**

21. Іноді, навіть, звичайні ситуації спілкування викликають роздратування. **так/ ні**
22. Я спокійно сприймаю обгрунтовані претензії партнерів. **так/ні**
23. Спілкування з партнерами спонукало мене цуратися людей. **так/ні**
24. При згадці про деяких колег по роботі / навчанні або партнерах у мене псується настрій. **так/ні**
25. Конфлікти або розбіжності з колегами забирають багато сил і емоцій. **так/ні**
26. Мені все важче встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами і іншими людьми. **так/ні**
27. Ситуація на роботі / навчанні мені здається дуже важкою, складною. **так/ні**
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою / навчанням: щось має статися, як би не допустити помилки, чи зможу зробити все, як треба, не скоротять чи і т.п. **так/ні**
29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюся обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги. **так/ні**
30. У спілкуванні я дотримуюся принципу: «Не роби людям добра, не отримаєш зла». **так/ні**
31. Я охоче розповідаю домашнім про свою роботу / навчання. **так/ні**
32. Бувають дні, коли мій емоційний стан погано позначається на результатах роботи / навчання (менше встигаю, знижується якість, трапляються конфлікти). **так/ні**
33. Часом я відчуваю, що треба виявити до партнера емоційну чуйність, але не можу. **так/ні**
34. Я дуже переживаю за свою роботу / навчання. **так/ні**
35. Партнерам по роботі / навчанні віддаєш уваги і турботи більше, ніж отримуєш від них вдячності. **так/ ні**
36. При думці про роботу / навчання мені зазвичай стає не по собі: починає колоти в області серця, підвищується тиск, з'являється головний біль. **так/ні**
37. У мене хороші (цілком задовільні) відносини з керівництвом. **так/ні**
38. Я часто радію, якщо бачу, що моя робота / навчання приносить користь людям. **так/ні**
39. Останнім часом (чи як завжди) мене переслідують невдачі в роботі / навчанні. **так/ні**
40. Деякі сторони (факти) в моєму житті викликають глибоке розчарування, додають зневіру. **так/ні**
41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж зазвичай. **так/ні**
42. Я поділяю ділових партнерів на «добрих» і «поганих». **так/ні**
43. Втома від роботи / навчання призводить до того, що я намагаюся скоротити спілкування з друзями і знайомими. **так/ні**



44. Я зазвичай виявляю інтерес до особистості партнера крім того, що стосується справи. **так/ні**
45. Зазвичай я приходжу на роботу / навчання після відпочинку, зі свіжими силами, у гарному настрої. **так/ні**
46. Я іноді ловлю себе на тому, що працюю, взаємодію з партнерами автоматично, без душі. **так/ні**
47. Іноді зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого. **так/ні**
48. Після спілкування з неприємними партнерами у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття. **так/ні**
49. На роботі / навчанні я відчуваю постійні фізичні або психологічні перевантаження. **так/ні**
50. Успіхи в роботі / навчанні надихають мене. **так/ні**
51. Життєва ситуація, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною). **так/ні**
52. Я втратив спокій через роботу / навчання. **так/ні**
53. Протягом останнього року була скарга (були скарги) на мою адресу з боку партнера (ів). **так/ні**
54. Мені вдається зберегти нерви завдяки тому, що багато з того, що відбувається з партнерами я не приймаю близько до серця. **так/ні**
55. Я часто з роботи / навчання приношу додому негативні емоції. **так/ні**
56. Я часто працюю через силу. **так/ні**
57. Раніше я був більш чуйним і уважним до партнерів ніж тепер. **так/ні**
58. У взаємодії з людьми керуюся принципом: «Не витрачай нерви, бережи здоров'я». **так/ні**
59. Іноді йду на роботу / навчання з важким почуттям: як все набридло, нікого б не бачити і не чути. **так/ні**
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю нездужання. **так/ні**
61. Контингент партнерів, з яким я працюю / взаємодію, дуже важкий. **так/ні**
62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю. **так/ні**
63. Якби мені пощастило з роботою / навчанням, я був би більш щасливий. **так/ні**
64. Я в розпачі через те, що на роботі / навчанні у мене серйозні проблеми. **так/ні**
65. Іноді я роблю зі своїми партнерами так, як не хотів би, щоб чинили зі мною. **так/ні**
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на особливу поблажливість, увагу. **так/ні**
67. Найчастіше після робочого / навчального дня у мене немає сил займатися домашніми справами. **так/ні**
68. Зазвичай я кваплю час: скоріше б робочий / навчальний день скінчився. **так/ні**

69. Стани, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро хвилюють. **так/ні**
70. Взаємодіючи або працюючи з людьми, я, зазвичай, як би ставлю екран, що захищає від чужих страждань і негативних емоцій. **так/ ні**
71. Робота, взаємодія з людьми (партнерами) дуже розчарували мене. **так/ні**
72. Щоб відновити сили, я часто приймаю ліки. **так/ні**
73. Як правило, мій робочий / навчальний день проходить спокійно і легко. **так/ні**
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вище, ніж те, чого я досягаю в силу обставин. **так/ні**
75. Моя кар'єра складається вдало. **так/ні**
76. Я дуже нервую через все, що пов'язано з роботою / навчанням. **так/ні**
77. Деяких зі своїх постійних партнерів, знайомих я не хотів би бачити і чути. **так/ні**
78. Я схвалюю людей, які повністю присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси. **так/ні**
79. Моя втома на роботі / навчанні зазвичай мало позначається (ніяк не позначається) у спілкуванні з домашніми та друзями. **так/ні**
80. Якщо надається випадок, я приділяю партнеру менше уваги, але так, щоб він цього не помітив. **так/ні**
81. Мене часто підводять нерви в спілкуванні з людьми, в тому числі на роботі / навчанні. **так/ні**
82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі / в навчанні я втратив інтерес, живе почуття. **так/ні**
83. Робота / взаємодія з людьми погано вплинула на мене - розлютила, зробила нервовим, притупила емоції. **так/ні**
84. Робота / взаємодія з людьми явно підриває моє здоров'я. **так/ ні**

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

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

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

Ключ до опитувальника:

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

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

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

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

## ОПИТУВАЛЬНИК

1. Стать Чол Жін.
  - Вагається з відповіддю
  - Відмова відповіді
2. Дата народження? \_\_\_\_\_ Повних років \_\_\_\_\_
  - Вагається з відповіддю
  - Відмова відповіді
3. Яку освіту Ви отримали?
 

<input type="checkbox"/> Не навчався в школі	<input type="checkbox"/> Незакінчена вища освіта
<input type="checkbox"/> Лише початкова школа	<input type="checkbox"/> Вища освіта (спеціаліст)
<input type="checkbox"/> Неповна середня освіта	<input type="checkbox"/> Вища освіта (магістр)
<input type="checkbox"/> Середня освіта	<input type="checkbox"/> Вагається з відповіддю
<input type="checkbox"/> Відмова відповіді	
4. Національність \_\_\_\_\_
  - Вагається з відповіддю
  - Відмова відповіді
5. В якому населеному пункті Ви проживаєте
 

<input type="checkbox"/> Хутір	<input type="checkbox"/> Місто (50-250 тис. насел.)
<input type="checkbox"/> Село	<input type="checkbox"/> Велике місто
<input type="checkbox"/> Селище міського типу	<input type="checkbox"/> Вагається з відповіддю
<input type="checkbox"/> Передмістя	<input type="checkbox"/> Містечко (до 50 тис. насел.)
<input type="checkbox"/> Вагається з відповіддю	
<input type="checkbox"/> Відмова відповіді	
6. Сімейний стан
 

<input type="checkbox"/> Одружений/одружена	<input type="checkbox"/> Одружені, але живемо окремо
<input type="checkbox"/> Живу в громадянському шлюбі	<input type="checkbox"/> Ніколи не був у шлюбі
<input type="checkbox"/> Вдівець/вдова	<input type="checkbox"/> Живу з партнером тєї ж статі
<input type="checkbox"/> Розлучені	<input type="checkbox"/> Вагається з відповіддю
<input type="checkbox"/> Відмова відповіді	
7. Скільки осіб проживає з Вами в одній оселі постійно \_\_\_\_\_
 

<input type="checkbox"/> Дружина/ партнерша/співмешканка	<input type="checkbox"/> Інші родичі
<input type="checkbox"/> Ваші діти/діти партнера	<input type="checkbox"/> Інші/ не родичі
<input type="checkbox"/> Ваші батьки/батьки партнера	<input type="checkbox"/> Вагається з відповіддю
<input type="checkbox"/> Відмова відповіді	
8. Чим Ви займаєтесь останнім часом?
 

<input type="checkbox"/> Працюю на себе	<input type="checkbox"/> Працюю на господаря за платню
<input type="checkbox"/> Працюю в бюджетній організації	<input type="checkbox"/> Працюю на виробництві
<input type="checkbox"/> Не працюю через зовнішні обставини	<input type="checkbox"/> На пенсії
<input type="checkbox"/> Навчаюсь (не працюю)	<input type="checkbox"/> Не працюю через хворобу
<input type="checkbox"/> Декретна відпустка	<input type="checkbox"/> Домогосподарка
<input type="checkbox"/> Відмова відповіді	<input type="checkbox"/> Вагається з відповіддю
9. Характер Вашої праці
 

<input type="checkbox"/> Постійна	<input type="checkbox"/> Сезонна чи на основі договору
<input type="checkbox"/> Корткострокова чи випадкова	<input type="checkbox"/> Інші види роботи
<input type="checkbox"/> Відмова відповіді	<input type="checkbox"/> Вагається з відповіддю
10. Скільки годин (фактично чи понадстроково) Ви працюєте на тиждень?
 

<input type="checkbox"/> 36 годин	<input type="checkbox"/> 40 годин
-----------------------------------	-----------------------------------





На вулиці, на відкритому повітрі									
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17. Згадайте як часто протягом останніх 12 місяців Ви приймали алкоголь разом з іншими людьми та яких обставинах?

	Щоденно	5-6 раз на тиждеь	3-4 рази на тиждень	1-2 рази на тиждень	1-3 рази на місяць	Рідше ніж 1 раз на місяць	Ні разу протягом 12 місяців	Вагається з відповіддю	Відмова відповіді
Тільки вдвох з партнером									
З іншими членами сім'ї, без партнера									
З колегами або товаришами по навчанню									
З друзями , але без партнера									
В присутності маленьких дітей (молодше 12 років)									
На самоті									

18. Протягом останніх 12 місяців хто не будь з цих людей говорив, що Вам треба менше пити (вживати алкоголь) ?

	Ні	Так	Визначення не підходить	Вагається з відповіддю	Відмовляється відповідати
Ваша дружина/чоловік/ партнер/ романтичний партнер (не співмешканець)					
Віші діти					
Хто небуть з інших членів родини жіночої статі?					
Хто небуть з інших членів родини чоловічої статі?					
Хто небуть з ким Вт працюєте або навчаєтесь?					
Хтось з Ваших друзів чи знайомих жіночої статі?					
Хтось з Ваших друзів чи знайомих чоловічої					

статі?					
Лікар або інший медичний працівник?					

19. З якої причини Ви не вживаєте алкоголь протягом певного часу(або зовсім)?

- Не було слушної нагоди
- Я відповідальна особа, веду тверезий спосіб життя
- Через релігійні вподобання
- Мені це не цікаво
- Відповідне виховання
- Через стан здоров'я/проходжу лікування
- Це заважає мені жити повним життям
- Я боюся, що може виникнути залежність від алкоголю
- Немає особливих причин
- Я вагітна/ намагаюсь завагітніти
- Інші причини
- Вагаюся відповісти
- Відмовляюся відповідати

20. Чи виявляли Ви агресію до близької людини протягом останніх 2 років (визначне за шкалою від 0 до 10)

21. Як би оцінили в цілому стан свого здоров'я за останні 12 місяців?

- Відмінне  Задовільне
- Добре  Погане
- Стабільне  Вагається з відповіддю
- Відмова відповіді

22. Як би оцінили в цілому стан свого емоційного/психічного здоров'я за останні 12 місяців?

- Відмінне  Задовільне
- Добре  Погане
- Стабільне  Вагається з відповіддю
- Відмова відповіді

23. Протягом останніх 12 місяців чи звертались ВИ за медичною допомогою?

- Так
- Ні
- Вагається з відповіддю
- Своя відповідь \_\_\_\_\_ -

24. Якщо ТАК, яку допомогу Ви отримали, чи в повному обсязі?

- Так
- Ні
- Вагається з відповіддю
- Своя відповідь \_\_\_\_\_ -

25. Ви палите?

- Дуже часто протягом дня  Щодня
- Час від часу  Іноді
- Зовсім не палю  Вагається з відповіддю

Відмова відповіді

26. Чи використовували ВИ будь коли які небудь лікарські засоби (знеболюючі, психотропні, снодійні, наркотичні, седативні) не за призначенням?

- Так  Ні  
 Час від часу  Іноді  
 Ніколи в житті  Вагається з відповіддю  
 Відмова відповіді

27. Чи вживали Ви в своєму житті наркотичні засоби?

- Так  Ні  
 Час від часу  Іноді  
 Ніколи в житті  Вагається з відповіддю  
 Відмова відповіді

28. Подумайте про своє життя, умовах в яких Ви живете. Наскільки Ви задоволені?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Яке з цих тверджень найліпше відображає стан Вашого здоров'я на сьогоднішній день?

- Я не відчуваю тривоги та депресії  
 Я відчуваю помірну тривогу чи депресію  
 Я дуже тривожуся або мене турбує депресія  
 Відмова відповіді  
 Вагається з відповіддю

30. Чи доводилося Вам протягом останніх 12 місяців звертатися за порадою до спеціалістів/професіоналів (психолог, психотерапевт, невролог, психіатр, волонтер, священник, лікар), або дзвонити на гарячу лінію (будь яку)?

- Так  Ні  
 Час від часу  Іноді  
 Ніколи в житті  Вагається з відповіддю  
 Відмова відповіді

31. Чи доводилося Вам протягом останніх 12 місяців звертатися за порадою або допомогою через свій психологічний /фізичний стан до друзів, сусідів, випадкового попутника, знайомих?

- Так  Ні  
 Час від часу  Іноді  
 Ніколи в житті  Вагається з відповіддю  
 Відмова відповіді

31. Чи можете Ви стверджувати, що у Вас є проблеми зі сном, засинанням тощо останні 12 місяців?

- Так  Ні  
 Час від часу  Іноді  
 Ніколи в житті  Вагається з відповіддю  
 Відмова відповіді

32. Чи можете Ви стверджувати, що у Вас є проблеми зі сном, засинанням тощо останні 12 місяців?

- |                          |                   |                          |                        |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Так               | <input type="checkbox"/> | Ні                     |
| <input type="checkbox"/> | Час від часу      | <input type="checkbox"/> | Іноді                  |
| <input type="checkbox"/> | Ніколи в житті    | <input type="checkbox"/> | Вагається з відповіддю |
| <input type="checkbox"/> | Відмова відповіді |                          |                        |

33. Чи можете Ви стверджувати, що у Вас є проблеми зі сном, засинанням тощо останні 12 місяців?

- |                          |                   |                          |                        |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Так               | <input type="checkbox"/> | Ні                     |
| <input type="checkbox"/> | Час від часу      | <input type="checkbox"/> | Іноді                  |
| <input type="checkbox"/> | Ніколи в житті    | <input type="checkbox"/> | Вагається з відповіддю |
| <input type="checkbox"/> | Відмова відповіді |                          |                        |

34. Чи можете Ви стверджувати, що у Вас є проблеми зі сном, засинанням тощо останні 12 місяців?

- |                          |                   |                          |                        |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Так               | <input type="checkbox"/> | Ні                     |
| <input type="checkbox"/> | Час від часу      | <input type="checkbox"/> | Іноді                  |
| <input type="checkbox"/> | Ніколи в житті    | <input type="checkbox"/> | Вагається з відповіддю |
| <input type="checkbox"/> | Відмова відповіді |                          |                        |

35. Чи можете Ви стверджувати, що у Вас є проблеми зі сном, засинанням тощо останні 12 місяців?

- |                          |                   |                          |                        |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Так               | <input type="checkbox"/> | Ні                     |
| <input type="checkbox"/> | Час від часу      | <input type="checkbox"/> | Іноді                  |
| <input type="checkbox"/> | Ніколи в житті    | <input type="checkbox"/> | Вагається з відповіддю |
| <input type="checkbox"/> | Відмова відповіді |                          |                        |

36. Чи можете Ви стверджувати, що у Вас є проблеми зі сном, засинанням тощо останні 12 місяців?

- |                          |                   |                          |                        |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Так               | <input type="checkbox"/> | Ні                     |
| <input type="checkbox"/> | Час від часу      | <input type="checkbox"/> | Іноді                  |
| <input type="checkbox"/> | Ніколи в житті    | <input type="checkbox"/> | Вагається з відповіддю |
| <input type="checkbox"/> | Відмова відповіді |                          |                        |

37. Чи задоволені Ви своїми стосунками з колегами?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

38. Чи задоволені Ви умовами своєї професійної діяльності?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

39. Чи задоволені Ви ставленням керівництва?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

40. Чи задоволені Ви оплатою праці?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10