

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Факультет Гуманітарно-педагогічний

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри психології

_____ **Ірина Мартинюк**

“ ___ ” _____ **2025 р.**

БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему “Особливості емоційного вигорання у медиків, які працюють в
умовах екстремальних ситуацій”**

Спеціальність 053 “Психологія”

Гарант освітньої програми

кандидат психологічних наук, доцент

_____ **Ірина МАРТИНЮК**

Керівник бакалаврської

кваліфікаційної роботи

доктор псих. наук, проф. кафедри психології

_____ **Віталій ШМАРГУН**

Виконав

_____ **Воробченко Олександр**

КИЇВ – 2025

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Факультет Гуманітарно-педагогічний

ЗАТВЕРДЖУЮ

Доктор псих. наук,
професор кафедри психології

_____ Віталій ШМАРГУН

“__” _____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ

**на виконання бакалаврської кваліфікаційної роботи студентіві
Воробченко Олександрю**

Спеціальність 053 “Психологія”

Тема бакалаврської кваліфікаційної роботи **“Особливості емоційного
вигорання у медиків, які працюють в умовах екстремальних ситуацій”**
затверджена наказом ректора НУБіП України від “23” жовтня 2024 р. №1885“С”

Термін подання завершеної роботи (проекту) на кафедру __ 2025.05.30

Вихідні дані до бакалаврської кваліфікаційної роботи:

Наукові положення про сутність і феномен емоційного вигорання, результати науково-практичних досліджень психоемоційних станів медичних працівників в умовах екстремальних ситуацій, результати сучасних підходів до профілактики й подолання емоційного вигорання в медичній сфері, вітчизняний та зарубіжний досвід психологічної підтримки.

Перелік питань, які потрібно розробити:

1. Поняття емоційного вигорання та психоемоційних станів.
2. Механізми регуляції психоемоційних станів у медиків із високим рівнем професійного навантаження
3. Аналіз досвіду профілактики емоційного вигорання серед медиків.
4. Експериментальне дослідження особливостей прояву емоційного вигорання у медиків, що працюють у екстремальних умовах.
5. Урахування результатів дослідження в системі психологічного супроводу медичних працівників

Дата видачі завдання “06” лютого 2025 р.

Керівник бакалаврської роботи _____ Віталій ШМАРГУН

Завдання прийняв до виконання _____ Олександр ВОРОБЧЕНКО

ЗМІСТ

| | |
|--|-----------|
| РЕФЕРАТ..... | 5 |
| ВСТУП..... | 6 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ | 10 |
| 1.1. Поняття емоційного вигорання: теоретичні підходи, структура, стадії та прояви..... | 10 |
| 1.2. Психоемоційні стани медичних працівників: види, фактори..... | 17 |
| 1.3. Умови професійного середовища як чинник розвитку емоційного вигорання. Динаміка професійного вигорання у медиків..... | 26 |
| Висновки до розділу 1 | 31 |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИКІВ В УМОВАХ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ | 33 |
| 2.1. Завдання, методи та організація емпіричного дослідження | 33 |
| 2.2. Аналіз рівнів емоційного вигорання у медичних працівників залежно від умов професійної діяльності..... | 39 |
| 2.3. Визначення взаємозв'язку між сферою діяльності, стажу, віку та емоційним вигоранням у медиків..... | 50 |
| Висновки до розділу 2..... | 52 |
| РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ..... | 54 |
| 3.1. Підходи до психологічної допомоги та регуляції психоемоційного стану медиків | 54 |
| 3.2. Програма психологічного тренінгу медичних працівників, які працюють в умовах екстремальних ситуацій | 56 |
| 3.3. Апробація психотренінгу та оцінка ефективності психокорекційного впливу | 60 |
| Висновки до розділу 3..... | 62 |
| ВИСНОВКИ..... | 63 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 65 |
| ДОДАТКИ..... | 69 |

РЕФЕРАТ

У роботі представлені результати дослідження емоційного вигорання медичних працівників, які виконують професійну діяльність в умовах екстремальних ситуацій.

Висвітлене теоретичне підґрунтя проблеми емоційного вигорання, Розкрито поняття психоемоційних станів, охарактеризовано їх види, проаналізовано специфіку емоційного вигорання саме у медиків. Розглянуто психологічні механізми регуляції психоемоційних станів та чинники, що сприяють розвитку вигорання в екстремальних професійних умовах.

Зроблений висновок про те, що умови надмірного психоемоційного навантаження, хронічного стресу та високої відповідальності значною мірою сприяють формуванню синдрому емоційного вигорання у медичних працівників, що може негативно впливати як на їхнє психічне здоров'я, так і на якість надання медичної допомоги.

Описані методи, процедура та вибірка емпіричного дослідження особливостей емоційного вигорання у медиків, які працюють в екстремальних умовах.

Проведений аналіз отриманих результатів дозволив виявити специфічні прояви емоційного вигорання в різних категорій медиків, визначити основні психоемоційні чинники ризику та сформулювати психологічні рекомендації щодо профілактики та подолання вигорання.

Окрему увагу приділено практичним аспектам психологічної підтримки: охарактеризовано підходи до психологічної допомоги, спрямованої на подолання емоційного вигорання, запропоновано програму профілактичної психокорекційної роботи для медиків, що працюють в умовах екстремальних ситуацій.

Висновки відображають основні узагальнення, зроблені в результаті проведеного теоретичного та емпіричного дослідження.

Список використаної літератури налічує 50 джерел

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасному світі все частіше виникають екстремальні ситуації — збройні конфлікти, стихійні лиха, техногенні катастрофи, пандемії, — які вимагають миттєвого реагування і надзвичайного напруження сил з боку медичних працівників. Медики, які виконують свою професійну діяльність у таких складних умовах, перебувають під постійним психологічним тиском. Це призводить до фізичного і емоційного виснаження, зниження мотивації, втрати інтересу до роботи та, врешті-решт, до емоційного вигорання.

Синдром емоційного вигорання — це складний процес, який розвивається поступово і проявляється у вигляді втоми, апатії, зниження продуктивності, відчуженості від пацієнтів і колег. Особливо гостро ця проблема постає серед медичних працівників, які працюють в умовах надмірного стресу, постійної напруги та високої відповідальності. Вони змушені приймати складні рішення, рятувати життя в умовах обмежених ресурсів, іноді ризикуючи власним здоров'ям. Усе це створює передумови для розвитку професійного вигорання.

Актуальність теми також зумовлена подіями останніх років. Війна в Україні, пандемія COVID-19 та інші надзвичайні ситуації показали, наскільки вразливими є медики перед психологічними перевантаженнями. Нерідко вони працюють без належного відпочинку, емоційної підтримки, у стані постійного стресу, стикаються з болем, смертю, моральними дилемами. Це поступово призводить до втрати енергії, професійного інтересу і, як наслідок, до емоційного вигорання.

Попри те, що в науковій літературі є чимало досліджень, присвячених емоційному вигоранню загалом, специфіка цього явища у медиків, які працюють саме в екстремальних умовах, вивчена ще недостатньо. А між тим,

саме ця категорія фахівців потребує особливої уваги, адже їхній емоційний стан безпосередньо впливає на якість медичної допомоги та безпеку пацієнтів.

Тому важливо не лише виявити особливості емоційного вигорання у цієї групи, а й проаналізувати, які чинники його посилюють, які стратегії подолання працюють ефективно, а також як саме можна запобігти емоційному виснаженню медичних працівників у кризових умовах. Це дозволить розробити практичні рекомендації та психопрофілактичні програми, спрямовані на підтримку психічного здоров'я медиків.

Таким чином, дослідження особливостей емоційного вигорання у медичних працівників, які працюють в умовах екстремальних ситуацій, є надзвичайно актуальним. Воно має не лише теоретичне, а й велике практичне значення для розвитку ефективних програм профілактики та психологічної підтримки, що дозволить зберегти психічне здоров'я фахівців, підвищити їхню стресостійкість і забезпечити стабільність медичної системи в умовах криз.

Об'єкт дослідження – психоемоційні стани медичних працівників у професійній діяльності.

Предмет дослідження – особливості прояву та чинники емоційного вигорання у медиків, які працюють в умовах екстремальних ситуацій.

Мета дослідження: виявити психологічні особливості емоційного вигорання у медичних працівників, які працюють в умовах екстремальних ситуацій, та визначити можливі напрями психологічної допомоги для зниження його проявів.

Гіпотеза дослідження: припускається, що медичні працівники, які працюють в умовах екстремальних ситуацій, мають вищий рівень емоційного вигорання, ніж ті, хто працює у звичайних умовах, а застосування цілеспрямованих психологічних інтервенцій може ефективно знижувати прояви емоційного вигорання в цій категорії фахівців.

Для досягнення мети дослідження та перевірки гіпотез було поставлено такі **завдання**:

1. Проаналізувати наукову літературу щодо поняття емоційного вигорання, його структури, причин виникнення та наслідків у медичних працівників.
2. Визначити психологічні особливості професійної діяльності медиків в умовах екстремальних ситуацій та їх вплив на розвиток емоційного вигорання.
3. Описати чинники, що знижують або посилюють ризик емоційного вигорання у медиків, з урахуванням специфіки роботи в екстремальних умовах.
4. Провести емпіричне дослідження рівня емоційного вигорання у медичних працівників, які працюють в умовах екстремальних ситуацій.
5. Виявити відмінності в проявах емоційного вигорання залежно від стажу роботи, спеціалізації та типу екстремальних ситуацій.
6. Розробити психологічний тренінг щодо психологічної профілактики та подолання емоційного вигорання серед медичних працівників, які діють в умовах екстремального навантаження.

Методи та організація дослідження. У роботі для розв'язання поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження були застосовані такі методи: теоретичні (аналіз й узагальнення наукових даних), експеримент, спостереження та методики реєстрації психоемоційних станів (...), методи обробки даних (частотний аналіз, кутове перетворення Фішера) та інтерпретативний метод (структурний метод для встановлення зв'язку між досліджуваними явищами).

Експериментальне дослідження проводилось у лютому-квітні 2025 року на базі лабораторії психології розвитку особистості НУБіП України. Досліджуваними виступили медичні працівники загальною кількістю 28 осіб. Було сформовано 2 групи: екстремальну та цивільну. Відбір досліджуваних був добровільним, проводився відбір груп за віком, стажем роботи, сферою праці, статтю.

Теоретична значущість дослідження полягає у розширенні теоретичних відомостей про вплив засобів природи на регуляцію психоемоційних станів. Зокрема, виявлено, що екстремальні умови професійної діяльності (постійний стрес, загроза життю, високий рівень відповідальності, емоційна напруга) виступають потужним тригером розвитку синдрому емоційного вигорання, особливо в контексті тривалого психоемоційного навантаження.

Практична значущість дослідження полягає у можливості застосування його результатів для попередження та подолання емоційного вигорання медичних працівників, які виконують свою професійну діяльність в умовах екстремальних ситуацій (воєнні дії, епідемії, стихійні лиха, масові надзвичайні події тощо).

Структура та обсяг роботи. Бакалаврська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, висновків, списку використаних джерел, що налічує 50 найменувань (на 5 сторінках) та 4 додатків (на 9 сторінках). Загальний обсяг складає 79 сторінок друкованого тексту, із них 55 сторінок основного тексту. Робота містить 11 малюнків та 6 таблиць.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ

1.1. Поняття емоційного вигорання: теоретичні підходи, структура, стадії та прояви

Виходячи з аналізу літератури, емоційне вигорання нині розглядається в границях 3-ох напрямків. Перший - це те, що явище емоційного вигорання є проявом синдрому хронічної втоми, стану виснаження ресурсів людини, що є наслідком перебування на протязі тривалого часу в емоційно-перенавантаженому середовищі, зокрема спілкування. Другий напрям - це теза, що професійне вигорання - складається з емоційного виснаження та деперсоналізації. Третій напрям являє собою уявлення про трикомпонентну систему, що охоплює емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих прагнень.

Відповідно до думки дослідників А. Пайнса, Е. Аронсона та А. Чирона, вигорання - це стан виснаження, який зачіпає сфери фізичного, емоційного та когнітивного існування людини та викликається перебуванням в емоційно перенавантажених ситуаціях. Така думка співвідноситься до поняття хронічної втоми.

За Д. Дірендонком, Х. Сиксмою та В. Шауфелі підтримується ідея другого напрямку, тобто перший компонент являє собою фізичне самопочуття, нервову напругу та власне емоційне виснаження. Другий це особливість зміни ставлення до себе та інших людей.

Ідеї трьохкомпонентного погляду підтримували К. Маслач, С. Джексон, Б. Пельман, Е. Хартмана та Б. Фарбера. У людини виявляється тенденція розвитку негативного та цінничного ставлення, контактність стає формальною, емоційне виснаження проявляється відчуттям спустошеності, вичерпаності ресурсів, додатково третім компонентом додається незадоволеність собою та

своєю діяльністю, зменшення цінності її[1,2].

Згідно Міжнародної класифікації хвороб, “Вигорання” - це такий стан повного виснаження, актуальний клінічний синдром з невротичними особливостями, а не тільки посиленням втомленості від робочого процесу.

Також у вигоранні визначають результативний та процесуальний підхід. Результативний підхід включає в себе уявлення, що це такий стан, який в себе включає конкретні та стабільні симптоми, тоді як процесуальний вважає вигорання процесом з послідовними стадіями.

Дж. Грінберг розглядає цей процес як 5-ти ступінчасту послідовність, а саме: 1) медовий місяць - зменшення задоволення від професійної діяльності; 2) недостатність ресурсу - апатія, ухильність, втомленість; 3) хроніка - психологічні переживання, виснаженість; 4) криза - втрата працездатності; 5) пробиття стіни - розвиток хвороби та загроза кар'єри[3].

Існує ще дуже багато підходів і поглядів на феномен емоційного вигорання вчених з різних сторін. Проте в сучасному світі й досі немає чіткої єдиної думки щодо цього явища.

Термін “емоційне вигорання” на початку почав використовувати Г. Бредлі, а пізніше у 1974 році він був уведений психіатром Гербертом Фройденбергом. На цьому етапі він описував стан, який помічав у колег, а тобто втрату мотивації, відповідальності, зниження енергії. За його думкою, емоційне вигорання виникає в осіб, які знаходяться в постійному контакті людина-людина, де в більшості випадків це професії, пов'язані з доглядом та турботою.

У 1982 році Крістіна Маслач, амереканська психологиня, яка почала етап деталізації та глибокого вивчення цього явища. Вона визначала його, як явище синдрому емоційного та фізичного виснаження, яке в своїй суті проявляється зниженням самооцінки, настрою, втратою бажання працювати та емпатії до пацієнтів. Вона визначала категорії праць, де найбільше проявляється загроза виникнення цього феномену, як ті, які мають альтруїстичні ідеї, а саме

соціальні робітники, педагоги, медики, психологи[4].

Таким чином, основною передумовою виникнення синдрому емоційного вигорання вважається глибока психологічна та емоційна перевтома. Порушення внутрішнього балансу у людини настає в тих випадках, коли протягом тривалого часу вимоги — як з боку оточення, так і власні — перевищують наявні ресурси (психологічні, фізичні або соціальні). Такий дисбаланс поступово призводить до розвитку емоційного вигорання.

Чинники, які сприяють цьому це: схильність пригнічувати негативні емоції, надмірний самоконтроль, спроби раціоналізації власних дій, підвищена тенденція депресивного характеру реакцій у ситуаціях, де стає неможливим досягти особистісного ідеалу та підвищена тривожність[5].

Так як в понятті емоційного вигорання присутнє слово синдром, це вказує на наявність певних комплексів симптомів, які є характерними цьому явищу. В різних класифікаціях виділяють від 3 до 7 груп таких симптомів. Максимальною інформативно виглядає об'єднана класифікація за ВООЗ:

1.Фізичні симптоми, такі як постійна втома після відпочинку, зниження імунної сили організму, проблеми сну, нові захворювання, проблеми з ШКТ.

2.Когнітивні симптоми - погіршення пам'яті, поверхневість мислення, складнощі прийняття рішень, погана концентрація уваги.

3.Емоційні симптоми, або внутрішня порожнеча, песимізм, апатія, невпевненість, тривожність, драгітливність, втрата емпатії.

4.Соціальні симптоми - ізоляція себе, відчуженість, втрата бажання комунікації, знецінення інших, конфліктність.

5.Поведінкові симптоми - уникнення обов'язків, зволікання, імпульсивність, часте вживання психостимуляторів.

6.Професійні симптоми - сюди відноситься зниження залученості в працю, формальність, втрата мотивації до самореалізації, бажання

7.Духовні симптоми - відчуття безглуздості зусиль, цинічне ставлення до життя, переоцінка життєвих цінностей у негативному ключі, втрата сенсу

професійної діяльності.

При емоційному вигоранні можуть бути наявні як поодинокі такі симптомокомплекси так і бути всі разом. Через це людина починає швидко втрачати психічну енергію, в неї розвивається втома, вичерпання ресурсу на життя, виникає невмотивоване занепокоєння, тривога, дратівливість[6].

В етапах формуванні синдрому емоційного вигорання описується від 5 до 12 стадій, які всі в той чи іншій мірі описують один схожий механізм його виникнення. Загальна картина протікання етапів синдрому емоційного вигорання виглядає наступним чином:

Перший етап (Початковий ентузіазм) - людина демонструє високу залученість до діяльності, проявляє енергійність, ініціативу. В неї наявна відповідальність, бажання досягти високих результатів. У людини доволі часто виникає прагнення до самоствердження через професійні досягнення. Проте через постійну зосередженість на роботі витісняється усвідомлення власних обмежень, відбувається початок наростання внутрішньої напруги.

Другий етап (Накопичення стресу) - через постійні зростаючі професійні навантаження, в людини змінюється внутрішній баланс, в якому це навантаження починає перевищувати особистісні ресурси. З'являються труднощі з увагою, її концентрацією, починає проявлятися підвищена дратівливість. Проблеми зі сном також активуються на цьому етапі, паралельно людина починає втрачати задоволення від своєї роботи. В неї знижується якісний показник соціальних контактів, часто виникає потреба в ізоляції та формальності. Додатково людина бере собі шкідливі звички, як спосіб розслаблення та відпочинку.

Третій етап (Стан хронічного перенапруження) - в різних класифікаціях на цій фазі СЕВ людина вже постійно перебуває у стані напруги. В неї зникає мотивація до роботи, посилюється апатія, характерно різко знижується інтерес до її захоплень. Тут найбільш вираженими ознаками виступають конфліктність, хронічна втома, цинізм до інших, емоційна відстороненість. Така особа

починає часто перекладати відповідальність за свій стан на оточення. Втрачається об'єктивне сприйняття дійсності людиною.

Четвертий етап (Фаза гострого вигорання) - відбувається посилення вже зазначених симптомів. Вони стають все більш серйозними і вже істотно впливають на щоденне функціонування та життєдіяльність людини. Така особа починає яро уникати соціальної взаємодії, проявляє високу нестабільність у своїй поведінці, з'являється втрата відчуття сенсу діяльності. Внутрішня порожнеча доповнює ці симптомокомплекси, загострюється песимістичне ставлення до себе, світу та свого майбутнього.

П'ятий етап (Закріплення стану вигорання) - завершала фаза формування СЕМ, де відбувається хронізація симптомів, фоновим станом стає емоційне виснаження людини. Особистість втрачає можливість відновлення внутрішнього ресурсу. Постійна втома, психосоматичні порушення (зазвичай, з боку серцево-судинної або травної систем) супроводжують цей етап. Пригнічений настрій, апатія та загальне зниження життєвої активності є заключними симптомами цього етапу.

Таким чином синдром емоційного вигорання розвивається не одразу а поступово, на протязі довгого періоду часу. Він проходить певні зазначені етапи, які в різних класифікаціях мають різний склад, але в загальному значенні описують одні й ті ж самі періоди його прогресування, захоплюючи собою фізичну, когнітивну та емоційні сфери[7].

Так як емоційне вигорання являє собою динамічний процес, в ньому описують додатково 3 фази активації стресу: нервові напруження, резистенція та власне виснаження.

На фазі напруження, нервовий його прояв є передумовою початку цього процесу. Ця фаза характеризується розумінням факторів психотравми, які особа не може ліквідувати або це стає надможливим для неї. Через це зростає роздратування через що росте і незадоволення. Незадоволеність собою виникає в першу чергу через невдачі спроб вплинути на обставини. Виникає

замкнутий напрям “Я-обставини”. Через це формується відчуття загнаності в клітку, є логічним продовженням цієї фази. На цьому фоні у професійній діяльності легко стають помітними тривоги та депресивні стани людини. Це є найбільшою силою у формуванні тривожного напруження особистості.

На фазі резистенції зростає опір стресу. Людина тим чи іншим чином бажає собі психологічного комфорту, спробами знизити тиск ззовні. Через це в людині проявляється неадекватне вибіркоче реагування, завдяки нездатності в міру проявляти свої емоції. В особистості відбувається емоційно-моральна дезорієнтація. Через це психологічний захист починає поширюватись за межі професійної діяльності. На роботі особа пробує полегшити свої обов’язки які потребують емоційної енергії.

Фаза виснаження відрізняється яскравим скороченням енергетичного тону людини, чітко проявляється емоційний дефіцит - домінують негативні емоції, втрата емпатії, різкість та дратівливість посилюються. Індивід майже повністю уникає прояву емоцій на роботі. Деперсоналізація відзначається сильною втратою інтересу, вигорання проникає в систему поглядів та цінностей людини. Додатково приєднуються різні психосоматичні та психовегетативні порушення[8].

В сучасному світі питання проблеми емоційного вигорання розглядається дуже багатьма вченими. Зокрема вона детально описана у працях закордонних вчених, таких як А. Ланге, К. Маслач, Г. Фрейденбергер, М. Буриш, Г. Сальє, Дж. Грінберг та українські дослідники: Л. Бурлачук, В.В. Бойко, Н.Є. Водоп’янова, В.О. Орел, Т.І. Ронгінська, Ю. Кулюткін, Г. Сухобська.

За Буришем (2014), емоційне вигорання розглядається сукупністю наслідків тривалого впливу робочого стресу. Він описує його як процес, що проходить 6 етапів. Початкова фаза включає в себе надмірне занурення, високу активність, нехтування собою, відстороненістю від невдач та розчарувань. Також на першому етапі може з’явитися фізичне виснаження та порушення сну. На другому етапі відбувається зниження особистої залученості, тобто прояв

зменшення емоційної включеності у професійну діяльність, віддаленості від колег і загального середовища. Третій етап - емоційної нестабільності, де частими є депресивні симптоми, дратівливість та агресія. Четвертим етапом є фаза руйнівної поведінки, яка зачіпає мотиваційну, соціальну та когнітивні сфери особистості. Далі йде перехід у етап психосоматичних проявів, де фізичні симптоми вже безпосередньо впливають на щоденну діяльність особистості. Завершальним етапом є стадія розчарування, яка супроводжується втратою сенсу в діяльності та житті загалом, відчуттям безвиході й емоційного спустошення[9].

Виходячи з вищеописаного варто коротко згадати, які підвиди “вигорання” існують. Для цього розглянемо таблицю 1.1, при чому треба враховувати що емоційне вигорання поєднує в собі всі ці види[10].

Таблиця 1.1 Підвиди феномену “вигорання”

| № | Вид | Опис | Основні прояви |
|---|-------------|--|---|
| 1 | Професійне | Виникає як наслідок хронічного стресу на роботі, великого навантаження | Зниження мотивації, байдужість до роботи, виснаження, втрата ентузіазму |
| 2 | Емоційне | Виснаження емоційних ресурсів, втрата емпатії, чутливості | Апатія, холодність, відчуження, нерозуміння почуттів інших |
| 3 | Фізичне | Зниження енергії та тону організму | Безсоння, м'язова слабкість, часті застуди |
| 4 | Соціальне | Виснаження у сфері спілкування, втеча від контакту з людьми | Уникання людей, агресивність, втрата інтересу до спілкування |
| 5 | Когнітивне | Зниження здатності мислити, зосереджуватись | Забудькуватість, відчуття “туману” в голові, складнощі у прийнятті рішень |
| 6 | Особистісне | Втрата відчуття власної | Песимізм, безпорадність, |

| | | | |
|---|----------|----------------------------|---|
| | не | цінності, сенсу | перфекціонізм |
| 7 | Ціннісне | Втрата життєвих орієнтирів | Почуття спустошення, ідеалістичне розчарування |

Підсумовуючи, емоційне виснаження є серйозною як психологічною так і фізичною проблемою, яка виникає внаслідок тривалого стресу та надмірного навантаження. Своєчасне помічання симптомів вигорання є ключовою метою його профілактики та запобіганню глибшим порушенням.

1.2 Психоемоційні стани медичних працівників

Психологічне почуття медичного персоналу в їх роботі безпосередньо впливає на якість надання ними медичної допомоги. При перебуванні людини у стані стресу, це позначається зокрема на її увазі, може викликати втому та багато інших симптомів. Це ускладнює ефективність взаємодії з пацієнтами та знижується рівень професійної діяльності такого працівника. Через це важливим є етап регулярної оцінки емоційного стану медичного працівника, з метою своєчасного виявлення труднощів та організації підтримки його психічного здоров'я[11].

Особливості емоційної сфери медичних працівників розглядаються у працях таких дослідників, як В. Бойко, В. Вілюнас, Т. Гузенко, Є. Старченкова, В. Юрьєв та інших. Вони трактують емоційну сферу фахівців медичної галузі з двох позицій: як важливу складову професійної компетентності та як одну з найвразливіших до професійних деформацій. У наукових дослідженнях емоційний аспект розглядається у взаємозв'язку з пізнавальними процесами (Л. Виготський, О. Леонт'єв), мотиваційною та потребовою сферою (К. Ізард, С. Рубінштейн, С. Шехтер), а також з вольовими якостями особистості (Л. Божович, З. Фрейд, Я. Рейковський). Враховуючи сучасні умови – соціальну нестабільність, високий рівень емоційної напруги та значні фізичні навантаження – постає актуальна потреба у проведенні глибших емпіричних досліджень для вивчення емоційного стану працівників медичної сфери[12].

Відтак, несприятливі чинники, нестача умов для якісного відновлення сил, тривале напруження в системі здоров'я негативно позначаються на стані медичних працівників.

Професійна діяльність медиків передбачає як емпатійність, терпимість та чуйність до пацієнтів, так і емоційну врівноваженість, здатність до швидких і точних дій. Альтруїстичні професії, зокрема медичного спрямування мають специфіку: у центрі діяльності перебуває сам фахівець як інструмент надання допомоги. Медична практика вимагає глибокої залученості, емоційної відкритості, здатності до співпереживання й розуміння проблем інших[13].

Психоемоційні стани належать до широкого кола психічних станів. За словами С. Д. Максименка цілеспрямовані дослідження в цій області почалися після публікації 1964 року праці М. Д. Левітова "Про психічні стани людини". Таким чином сформувався уявлення трьох основних форм психічних явищ: процесів, властивостей і станів, замість раніше розглянутих лише двох.

Поняття емоційного стану людини охоплює собою таку інтегральну характеристику емоційної активності людини у часовому проміжку, яка залежить від зовнішніх впливів та внутрішнього стану, індивідуальних властивостей особистості. Емоційні стани істотно впливають на загальне почуття, працездатність та поведінку, зокрема завдяки тісному зв'язку з іншими психічними і соматичними функціями[14].

Психоемоційні стани - це тимчасові або стійкі зміни психічного стану людини, що виникають під впливом зовнішніх та внутрішніх факторів. Для категорії медичних працівників вони перш за все зумовлені специфікою їх роботи[15]:

1. Висока відповідальність за життя і здоров'я пацієнта
2. Емоційна взаємодія з пацієнтами та їх сім'ями
3. Нерегулярний графік роботи, наднормова праця та нічні зміни
4. Ризик професійного вигорання через хронічний стрес
5. Постійна необхідність приймати складні та швидкі рішення

Психоемоційні стани медичних працівників можна поділити на позитивні та негативні за своїм впливом а також на гострі та хронічні за тривалістю.

Позитивні психоемоційні стани медичних працівників відіграють ключову роль у підтримці їхньої професійної ефективності, мотивації та психічного здоров'я. Вони сприяють якісному виконанню обов'язків, покращують взаємодію з пацієнтами та колегами, а також знижують ризик професійного вигорання. У таблиці 1.2 наведено головні такі стани[16].

Таблиця 1.2 Основні позитивні психоемоційні стани медиків

| № | Назва | Опис | Причини | Прояви |
|---|------------------------------|---|---|---|
| 1 | Ентузіазм | Медик відчуває гордість за роботу, наявне баактивно брати участь у роботі | Успішне лікування, позитивна віддача, визнання | Енергійність, ініціативність, готовність до нових викликів |
| 2 | Стан потоку | Стан повного занурення у роботу, коли медик відчуває гармонію між складністю завдання та власними навичками | Оптимальний баланс, чітке розуміння мети роботи | Висока концентрація, відчуття легкості у складних завданнях |
| 3 | Емоційна стабільність | Здатність зберігати спокій, контроль емоцій, впевненість | Достатній відпочинок, підтримка оточення | Спокійне спілкування, раціональне прийняття рішень |
| 4 | Почуття професійної гідності | Стан задоволення від власних досягнень і усвідомлення значимості своєї | Подяка від пацієнта, визнання колегами | Мотивація до розвитку, висока самооцінка |

| | | | | |
|---|---------------------------|---|--|---|
| | | роботи | | |
| 5 | Емпатія та співчуття | Стан співпереживання медиком проблеми пацієнта при цьому зберігання дистанції | Позитивна взаємодія з клієнтами, емоційна чутливість | Уважне слухання, тепла комунікація |
| 6 | Оптимізм | Віра в успішій результат та позитивне ставлення до роботи | Віра в ефективність медицини, позитивний досвід | Здатність надихати, впевненість, пошук позитиву |
| 7 | Почуття командної єдності | Стан емоційного комфорту, через приналежність команді | Позитивна атмосфера в команді | Активна співпраця, готовність допомогти |

Таким чином кожен емоційний стан має два основні виміри: зовнішній та внутрішній. Зовнішній аспект включає ті прояви, які можуть бути помічені як самою людиною, так і оточуючими — їх можна оцінити відповідно до певних соціальних чи професійних норм. До таких проявів належать поведінкові реакції, міміка, жести, а також фізіологічні або соматичні ознаки. Натомість внутрішній аспект емоційного стану охоплює суб'єктивне переживання, яке доступне лише самій особистості. Цей внутрішній досвід людина усвідомлює через власні почуття й описує як настрій або внутрішнє самопочуття[17].

Негативні психоемоційні стани медичного персоналу — це психологічні та емоційні розлади, що виникають через високий стрес, відповідальність і складні умови роботи. Вони проявляються у вигляді хронічної втоми, втрати мотивації, тривожності, зниженого настрою, етичних конфліктів, втрати емпатії та нав'язливих спогадів про травматичні події. Ці стани призводять до погіршення професійної ефективності, здоров'я та якості життя[18].

Розглянемо основні негативні психоемоційні стани медиків:

Таблиця 1.3 Основні негативні психоемоційні стани медиків

| № | Назва | Опис | Причини | Прояв |
|---|--------------------|---|---|---|
| 1 | Емоційне вигорання | Стан фізичного, емоційного та психічного виснаження | Тяжкі клінічні випадки, перепрацювання, висока відповідальність | Хронічна втома, цинічність, зниження проф. активності, почуття безнадії |
| 2 | Тривожність | Відчуття підвищеного неспокою, страху, напруги | Постійний тиск, страх професійних помилок, неконтрольовані робочі ситуації | Проблеми концентрації, неспокій, тремор, пітливість |
| 3 | Депресія | Стан, що характеризується тривалим зниженням настрою та почуттям безнадії | Постійний стрес, часті втрати пацієнтів, соціальна ізоляція, брак визнання | Постійна втома, втрата енергії, безсоння, втрата інтересу, почуття провини та нікчемності |
| 4 | Моральний дистрес | Виникає, коли працівник всупереч своїм етичним принципам | Рішення, що суперечать принципам, тиск з боку керівництва, обмеження в ресурсах | Почуття безсилля, розчарування, внутрішні конфлікти, емоційна відстороненість |
| 5 | Хронічний стрес | Тривалий стан напруги, викликаний постійними професійними викликами | Інтенсивний робочий графік, важкі емоційні ситуації, брак балансу між роботою та особистим життям | Відчуття перенавантаження, проблеми з когнітивною сферою, фізичні симптоми |
| 6 | Синдром | Стан втрати | Часті втрати | Емоційна |

| | | | | |
|---|--------------------|---|--|--|
| | співчуття втоми | співпереживання пацієнтам через надмірне емоційне залучення | пацієнтів, тяжкі клінічні випадки, зниження емпатії, психологічне виснаження підтримка | відстороненість, зниження емпатії, психологічне виснаження |
| 7 | ПТСР | Стан, що розвивається після яркої травматичної події у житті медика | Участь у лікуванні летальних пацієнтів, робота в умовах надзвичайних ситуацій | Нав'язливі спогади, уникнення ситуацій нагадування, підвищена тривожність та чутливість |

У динаміці медичні працівники можуть стикатися з першими ознаками емоційного вигорання в моментах, коли починається процес розмивання меж між особистим життям і професійною діяльністю. До прикладу, це може бути використання медичної термінології у повсякденному житті та спілкуванні, надмірно перейматися через стан пацієнтів поза робочим часом та затримуватися на роботі після закінчення зміни. Таким чином, в часі цей стиль життя може перерости в хронічний процес, зокрема тривожності, втоми, труднощів з концентрацією, втратою інтересу. Частим в цьому є початок та активізація старих шкідливих звичок, які несуть на думку особистості допомогу, зокрема заспокоюють її.

З цим також розвивається професійна деформація медичного працівника, де він вже дивиться на світ через призму своєї професії. Об'єктивно, це вносить корективи в негативну сторону стосовно збалансованої та коректної точки зору[15].

В роботі медичного персоналу ключовими є уміння швидко і чітко реагувати, слухати, співчувати. Окрім професійних знань медицини мають демонструвати зібраність, готовність піти на жертву заради допомоги іншим.

Професійна самосвідомість роботи медика є професійна самосвідомість, тобто можливість самоаналізу, самоконтролю. Це в свою чергу може позначитися негативно на взаємодії його з пацієнтами та якості надання послуг, якщо медичний працівник не вміє правильно керувати своїми емоціями та реагувати на робочі події[16].

В умовах війни емоційне вигорання являю собою ще більшою проблемою для особистості ніж у цивільному житті. Як раніше зазначалось, емоційне вигорання проявляється через насамперед фізичне виснаження. За сучасними дослідженнями ВООЗ (2019) емоційне вигорання визнають професійним феноменом, що пов'язаний із нездатністю справитися з тривалим стресом. Нині актуальною є теза, що емоційне вигорання являє собою багатовимірний синдром, що охоплює цинізм, виснаження, зниження професійної компетентності. Таке трактування слугує основою для розробки цільових програм підтримки та профілактики для подолання вигорання[17].

Виходячи з вказаної інформації, чинники які впливають на медичний персонал медичного працівника поділяються на зовнішні та внутрішні. Серед тих, що провокують зокрема емоційне вигорання серед зовнішніх чинників варто відзначити тривале психоемоційне перенавантаження, нестабільну організацію роботи, перевідповідальність за свої обов'язки, негативний клімат на роботі та складні групи людей, що зустрічаються у роботі. Серед внутрішніх чинників особистості можна відзначити схильність до втрати емпатії або надмірного занурення у події, низький рівень мотивації, моральні проблеми, порушення організації особистісних стосунків[18].

Також фактори впливу на психоемоційний стан медичного працівника за різними класифікаціями дають в цілому одні й ті ж самі види, що існують. Це професійні, організаційні, соціальні, особистісні, фізіологічні, екологічні, технологічні та етичні фактори.

До професійних факторів відносять переважно від навантаження, а саме брак часу, многоцільність та багатозадачність, перероботка виснажують

фізично та емоційно. Висока відповідальність несе за собою, що ціна помилки може вартувати життя. Це тримає людину у стані хронічного стресу. Спілкування з тяжкохворими чи агресивними пацієнтами, обмеженість ресурсів, необхідність приховувати емоції шляхом контролю почуттів. Це все відноситься до цього виду[19].

В організаційних факторах визначають причини, що пов'язані безпосередньо з організацією, насамперед наявність серйозних конфліктів в команді, нечітко визначені обов'язки, відсутність визнання, брак підготовки людини до медичної сфери, стресу в ній. Конфліктність та неясність тримають людину зайвий раз у стані перенапруження та тривоги через невідомість майбутнього, неможливість чітко усвідомлювати наслідки[20].

Соціальні фактори насамперед виходять з умови взаємодії з людьми. Сюди відноситься як робота у професійному колі так і робота з пацієнтами. Зокрема, пацієнти зачасту очікують безмежну та стовідсоткову віддачу лікаря чи іншого фахівця у зв'язку з їхньою проблемою чи хворобою. Додатково низька оплата створює нестабільність в житті медичного працівника. У цивільний час праця на швидкій допомозі, у приймальному відділенні або відділенні інтенсивної терапії є одними з головних екстримальних місць роботи фахівця. Звісно, у час надзвичайних ситуацій спектр проблем, хвороб, обов'язків працівника може зростати в рази. Яскравими прикладами сьогодення є карантин пов'язаний з COVID-19 та найактуальніше зі станом війни[21].

Особистісними факторами виникнення різних психоемоційних станів особистості медичного працівника виступають характеристики насамперед особистості. В цій темі найважливішими виступають емоційний інтелект, характер, увага, пам'ять. В широкому сенсі цей список можна довго продовжувати починаючи темпераментом і закінчуючи перенесеними раніше травмами. Характерним для цього виду є комплексна структура всіх психологічних основ особистості[22].

Фізіологічними факторами виступають елементарне порушення сну, нездорове харчування, шкідливі звички. Іншими словами, все те, що пов'язує людину з її еволюційними потребами організму для існування. Незадоволення фізіологічних потреб несе найбільшу шкоду людині з усіх факторів, бо прямо впливає на її показники здоров'я. Прикладом може бути звичка викурювати по пачці сигарет в день, що збільшує вірогідність появи раку легень в рази. Це є самим очевидним причинно-наслідковим зв'язком[23].

Екологічними факторами є ті, що впливають на медичного працівника з оточення, навколишнього середовища. Прикладами цього можуть бути шум і погане освітлення мед. Закладу, незручне робоче місце, підвищена або знижена температура повітря, застаріле та непридатне для роботи приміщення. Цю ланку впливу на психоемоційний стан особистості добре висвітлено у різних підручниках по екології медичної сфери. В законодавстві України чітко прописані норми облаштування приміщень, його наповнення та інші характеристики, які при порушення створюють лише негативні психоемоційні стани людини[24].

До технологічних факторів відносять застаріле обладнання, яке може бути ненадійним, незручним і в цілому не ефективним. Це викликає фрустрацію та знижує ефективність. Також надмірна цифрова взаємодія з електронними екранами може призвести до інформаційного перенавантаження. В цілому, ці фактори далеко не є основними, проте в комплексі активно впливають на настрій особистості[25].

Етичні фактори є другими по важливості факторами психоемоційних станів, оскільки у будь-якого медичного працівника час від часу з'являються моральні дилеми. Прикладом може слугувати ситуація, коли людину мають відключати від ШВЛ, бо за показниками в неї вже немає шансів існування без цього апарату. Таким чином у лікаря постає питання, що він забирає чиесь життя. З іншого боку, ресурсність медичної сфери достатньо є обмеженою і далеко не завжди біля місця проживання може бути медичний заклад, що

створює проблему багатой кількості пацієнтів, які потребують допомоги, при чому через брак психоосвіти та інших причин далеко не всі пацієнти при симптомах йдуть до лікаря. Таким чином при потраплянні на прийом вони вже можуть мати ургентний стан і до прикладу, якщо такому пацієнту потрібен буде апарат ШВЛ, який буде зайнятий раніше згаданим пацієнтом, допомогти ургентному не зможуть в достатній мірі і це може повлести за собою літальні наслідки. З цього випливає дилема для лікаря - куди і як краще розподілити наявні ресурси. Звісно, на інших рівнях медичної освіти існують подібні моменти. Це створює неабиякий тиск на фахівця, зокрема через велику постійну потребу відповідати високим моральним очікуванням[26].

1.3 Умови професійного середовища як чинник розвитку емоційного вигорання. Динаміка професійного вигорання у медиків.

Професійне вигорання — це стан, коли людина відчуває сильну фізичну, емоційну та розумову втому через тривалий стрес на роботі.

Цей стан серйозно впливає на здоров'я. Психологічно вигорання може призвести до депресії, тривожності, проблем з пам'яттю чи концентрацією, а в деяких випадках навіть до посттравматичного стресового розладу. Фізично воно проявляється у безсонні, головних болях, ослабленні імунітету чи навіть проблемах із серцем. На роботі вигорання знижує продуктивність, погіршує стосунки в колективі, призводить до частих прогулів чи звільнень.

Щоб запобігти вигоранню, можна діяти самостійно та на рівні компанії. Самостійно варто планувати свій час, щоб уникати перевантажень, практикувати техніки розслаблення, як-от медитацію чи дихальні вправи, і стежити за своїм емоційним станом. На рівні компанії допомагають гнучкий графік, рівномірний розподіл завдань, підтримка від керівництва через похвалу чи зворотний зв'язок, а також тренінги з розвитку емоційного інтелекту чи доступ до психологів[27].

Умови, в яких здійснюється щоденна робота медичних фахівців, істотно позначаються на якості виконання їхніх обов'язків. Значне навантаження, обмежені ресурси, відповідальність за людські життя — усі ці фактори створюють високий рівень напруги, який у довгостроковій перспективі може знижувати продуктивність персоналу та погіршувати якість надання медичної допомоги.

Одним з ключових аспектів, що впливають на загальний стан працівників, є фізична інфраструктура медичних установ. Старі будівлі, зношене обладнання, відсутність елементарного комфорту — усе це безпосередньо ускладнює роботу. Недостатнє освітлення, шумове навантаження, непродуманість робочих місць (наприклад, незручні меблі чи нестабільний мікроклімат у приміщеннях) — чинники, які спричиняють підвищену втому і знижують загальну ефективність роботи[28].

Крім того, сучасна медична практика все більше залежить від цифрових технологій. У багатьох лікарнях медики змушені працювати із застарілими чи складними електронними системами. Погано розроблені інтерфейси, надмірна кількість цифрової документації та постійні комунікації через месенджери та електронну пошту часто перешкоджають основному процесу лікування та діагностики, відволікаючи увагу персоналу.

Ще один важливий компонент — це структура взаємодії в колективах. Відсутність горизонтальних зв'язків, нестача командної підтримки, жорстка ієрархія — усе це створює умови, в яких окремі працівники можуть залишатися сам на сам з викликами. Особливо вразливими є молоді спеціалісти, яким не завжди надається належна підтримка чи наставництво на етапі входження в професію.

Не менш серйозною проблемою є розрив між очікуваннями суспільства та реальними можливостями медичної системи. Пацієнти часто вимагають негайного та ідеального результату, не враховуючи ані обмежень персоналу, ані браку ресурсів. У невеликих лікарнях один спеціаліст може виконувати кілька

ролей одночасно, що призводить до перевантаження. У кризових ситуаціях, як-от під час пандемій, навантаження зростає багаторазово, а умови роботи значно ускладнюються[29].

Окремо слід звернути увагу на підготовку кадрів. Часто медики, які завершують навчання, не мають практичного досвіду вирішення складних ситуацій, зокрема конфліктних чи надзвичайних. Відсутність належної адаптації на робочому місці знижує здатність ефективно виконувати обов'язки в екстремальних умовах.

Погіршення умов праці безпосередньо впливає на кадрову стабільність у галузі. Перевантажені фахівці частіше ухвалюють рішення про зміну сфери діяльності, що лише посилює кадрову кризу. Зниження кількості медичних працівників у закладах спричиняє додатковий тиск на тих, хто залишається[30].

У медичній професії емоційне вигорання є складним і поступовим процесом, який виникає через довготривалий вплив професійного стресу. Цей стан розвивається поетапно і зачіпає емоційну, фізичну та психічну сфери життя медичних працівників. Розуміння механізмів цього явища дає змогу вчасно помітити тривожні сигнали та вжити профілактичних заходів. У професійному середовищі медиків, де щодня доводиться працювати в умовах високої відповідальності, емоційної напруги й браку ресурсів, розвиток вигорання має свої особливості, які позначаються не лише на здоров'ї персоналу, а й на якості медичної допомоги.

На першому етапі, коли фахівець щойно розпочав роботу або вступає в новий період професійної активності, часто спостерігається підвищений ентузіазм. Медики на цьому етапі прагнуть реалізувати себе, охоче беруть додаткові завдання і демонструють емоційну залученість. Це можна порівняти з періодом «ейфорії», коли праця сприймається як місія. Проте водночас виникає ризик ігнорування власних потреб, що згодом призводить до накопичення втоми та перших ознак психологічного напруження — дратівливості, зниження толерантності до стресу.

Другий етап супроводжується посиленням психоемоційного навантаження. Коли зусиль для досягнення очікуваного результату стає недостатньо, а відновлення не відбувається повною мірою, з'являються перші сигнали виснаження. Знижується здатність до концентрації, зникає інтерес до щоденних обов'язків, виникає відчуття внутрішнього опору. У цей період можуть з'явитися соматичні симптоми, наприклад, порушення сну або постійна втома. Деякі фахівці починають використовувати тимчасові «помічники» — надмірну кількість кави, нікотин або інші способи зняття напруги. Контакти з оточенням стають поверховими, а у спілкуванні з пацієнтами зникає теплота й співпереживання.

Третій етап характеризується хронічним перенапруженням. Стан емоційного виснаження поглиблюється, зникає відчуття задоволення від роботи. Людина починає відгороджуватись від колег та пацієнтів, може демонструвати цинізм або байдужість. Професійні обов'язки виконуються автоматично, а складні клінічні випадки сприймаються як рутинна. Часто в колективі починають виникати конфлікти, зростає дратівливість, що ще більше посилює внутрішній дискомфорт. З'являються регулярні фізичні нездужання, порушення з боку травної та серцево-судинної системи, а також ознаки тривоги або депресії.

На четвертій фазі — фазі загострення — емоційне вигорання вже має серйозні наслідки. Людина втрачає сенс і мотивацію, з'являється відчуття повного спустошення. Знижується самооцінка, виникають сумніви у власній компетентності. Працівник починає уникати не лише колег, а й близьких, втрачає бажання спілкуватися. Психосоматичні прояви посилюються — можуть виникати стійке безсоння, гіпертонія, проблеми з серцем. У таких випадках можливі думки про звільнення або повну зміну професії.

Фінальний етап — хронічне вигорання — вказує на глибоку виснаженість усіх ресурсів. Медик працює «на автоматі», без емоційної залученості, часто не відчуває ані інтересу до справи, ані потреби щось

змінити. Цей стан супроводжується серйозними порушеннями у психічному та фізичному здоров'ї: розвиваються стійкі депресивні чи тривожні розлади, хронічні захворювання. Без допомоги фахівців відновлення на цьому етапі практично неможливе[31-35].

Складність і глибина цього процесу пояснюється особливостями медичної діяльності: постійна присутність у ситуаціях, пов'язаних із людськими стражданнями, необхідність діяти швидко, зберігаючи точність рішень, і водночас — працювати в умовах дефіциту ресурсів. Наприклад, медики, що працюють в умовах надзвичайних ситуацій або у відділеннях інтенсивної терапії, переживають вигорання швидше та важче.

Професійне вигорання медичних працівників розвивається поступово, а не виникає зненацька, що відкриває можливості для своєчасної профілактики. Вчасне втручання — зокрема створення комфортних умов праці, доступ до психологічної підтримки та навчання навичкам емоційного самоконтролю — здатні суттєво знизити ймовірність розвитку цього синдрому. Завдяки таким заходам не лише зберігається психофізичне благополуччя медиків, а й підвищується ефективність та якість надання медичних послуг[36,37].

Висновки до розділу 1

У складних та напружених умовах, зокрема під час надзвичайних ситуацій, медичні працівники перебувають під постійним тиском, що поступово виснажує їхні психологічні ресурси. Вигорання у таких випадках постає не лише як особиста проблема, а як прояв ширшої системної кризи, що охоплює організаційні аспекти, особливості професійного навантаження й індивідуальні риси фахівця. Аналіз наукових підходів до вивчення цього явища дає змогу стверджувати: емоційне вигорання — це багатофакторний процес, тісно пов'язаний із характером медичної діяльності та якістю середовища, в якому вона здійснюється.

Теоретичне підґрунтя дослідження цього синдрому охоплює низку моделей. Одні з них зосереджені на втомі як основі вигорання, інші — на емоційному виснаженні й поступовій втраті емпатії. Найбільш комплексний підхід запропонувала К. Маслач, яка визначила три ключові компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття професійної значущості. Дж. Грінберг запропонував процесуальну модель, що описує розвиток вигорання як послідовність п'яти етапів, починаючи з ентузіазму й завершуючи повним емоційним і фізичним виснаженням. Важливою є також класифікація симптомів, запропонована ВООЗ, яка охоплює як тілесні прояви, так і зміни у мисленні, емоційній сфері, соціальній поведінці та професійній активності.

Настрої, які переживає медик у своїй щоденній практиці, мають вирішальне значення для його стійкості до вигорання. Позитивні емоційні стани — ентузіазм, інтерес до роботи, емоційна рівноваженість — зміцнюють психічну стійкість. У той час як негативні емоції, серед яких тривожність, роздратування або психоемоційне виснаження, мають протилежний ефект, знижуючи здатність до продуктивної праці. Екстремальні обставини — зокрема військові конфлікти або глобальні епідемії — багаторазово посилюють ці стани. Зіткнення з моральними дилемами, браком ресурсів, надмірними

очікуваннями з боку суспільства — все це створює надзвичайно складне психологічне тло. У таких умовах значно важливішим стає моніторинг психоемоційного стану персоналу та впровадження систем психологічної підтримки.

Не менш значущу роль у виникненні синдрому відіграє робоче середовище. Недосконала матеріально-технічна база, шум, погане освітлення чи нерациональна організація простору часто створюють додаткові джерела стресу. Навіть сучасні цифрові інструменти, покликані полегшити роботу, нерідко стають чинниками перевантаження через непродумані інтерфейси або надмірну кількість адміністративних завдань.

Важливо усвідомлювати, що вигорання формується не в один момент. Це процес, що має певну логіку розвитку — від надмірного залучення й бажання реалізуватися до поступового виснаження й розчарування. У тяжких умовах цей шлях долається швидше, і наслідки можуть бути фатальними для здоров'я та кар'єри. Психосоматичні прояви, як-от проблеми із серцево-судинною системою чи розлади травлення, часто супроводжують пізні стадії вигорання. У найважчих випадках медики залишають професію, не витримавши тривалого навантаження.

Таким чином, емоційне вигорання слід розглядати як наслідок взаємодії внутрішніх і зовнішніх чинників. До зовнішніх належать організаційні недоліки, відсутність належної підтримки, дефіцит ресурсів і соціальний тиск. Внутрішні — це особистісні особливості працівника: схильність до самопожертви, перфекціонізм, низький рівень емоційної саморегуляції. Для зменшення ризиків необхідне комплексне реагування. До нього мають входити освітні програми з розвитку емоційної компетентності, створення комфортного і підтримувального середовища, регулярна психологічна діагностика та можливість звернутися по фахову допомогу. Особливо це актуально в періоди масштабних криз, коли навантаження на медичну систему зростає в рази.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИКІВ В УМОВАХ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ

2.1. Завдання, методи та організація емпіричного дослідження

Для досягнення поставленої мети було визначено завдання: вибрати та, за потреби, адаптувати діагностичні інструменти, які дозволяють оцінити рівень емоційного вигорання та його складові в умовах професійної діяльності медиків, організувати та провести емпіричне дослідження серед медичних працівників, які працюють у ситуаціях високого стресу, узагальнити та проаналізувати отримані результати, інтерпретуючи їх у контексті поставлених завдань і мети.

Метою емпіричного дослідження є виявлення особливостей прояву емоційного вигорання у медичних працівників, які працюють в умовах екстремального навантаження, зокрема під час надзвичайних ситуацій, воєнних дій, у відділеннях інтенсивної терапії, швидкої допомоги тощо. Дослідження спрямоване на виявлення рівня емоційного вигорання, аналіз його структурних компонентів, а також визначення чинників, що посилюють або пом'якшують прояви синдрому емоційного вигорання у складних умовах професійної діяльності.

Для вивчення проблеми емоційного вигорання медичних працівників у дослідженні застосовувався комплексний набір методів, що охоплював теоретичні та емпіричні підходи.

У рамках емпіричного дослідження було використано низку методів, які допомогли зібрати реальні дані про стан медичних працівників. Анкетування дозволило отримати загальне уявлення про їхній професійний шлях, умови роботи та самопочуття на робочому місці.

Щоб глибше зрозуміти, як саме проявляється емоційне вигорання, зокрема на різних його етапах, застосовувалася діагностична методика В.В. Бойка (дод А.). Вона дозволяє оцінити такі важливі фази, як напруження, опір

(резистенція) та виснаження.

Крім того, використовувався опитувальник MBI (Maslach Burnout Inventory(дод. Б)) — один із найвідоміших інструментів у світовій практиці для оцінки вигорання. Він охоплює три ключові компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію (відстороненість у спілкуванні з пацієнтами) та зниження особистого відчуття успішності в роботі.

Також досліджувався рівень тривожності, адже він часто є супутником вигорання. Для цього була використана шкала Спілбергера – Ханіна(дод. В), яка допомагає окремо визначити ситуативну (тобто пов'язану з конкретними обставинами) та особистісну (внутрішньо стабільну) тривожність.

У дослідженні також використовувалася методика А. Пайнса(дод. Г) для оцінки симптомів професійного вигорання, яка дає змогу визначити ступінь емоційно-психологічного виснаження. Цей інструмент спрямований на виявлення таких проявів, як глибоке почуття емоційної порожнечі, хронічна втома, зниження мотивації до роботи та загальний брак інтересу до життя. Особливістю методики є її здатність фіксувати суб'єктивні відчуття учасників, що дозволяє оцінити інтенсивність їхніх переживань, пов'язаних із вигоранням, незалежно від конкретного етапу цього процесу.

Дослідження проводилося протягом трьох місяців, із березня по травень 2025 року, у кількох медичних закладах Києва. Участь у дослідженні взяли 28 медичних працівників, розділених на дві однакові за чисельністю групи по 14 осіб. До вибірки увійшли вісім лікарів, вісім медичних сестер або братів, чотири фахівці з екстреної медичної допомоги та вісім осіб, які працюють у реанімаційних відділеннях або військових госпіталях. Учасники відбиралися за такими критеріями: наявність щонайменше одного року досвіду роботи в медицині, виконання професійних обов'язків у стресових або екстремальних умовах (зони бойових дій, пандемії, відділення невідкладної допомоги) чи в цивільному медичному середовищі для порівняння, а також надання добровільної письмової згоди на участь.

Перша група складалася з 14 медиків, які працюють у складних умовах, таких як військові госпіталі, швидка допомога або реанімація. Друга група включала 14 осіб, які здійснюють діяльність у стандартному клінічному середовищі.

Дослідження складалося з кількох етапів. На підготовчому етапі добиралися діагностичні методики, учасники отримали інформацію про цілі дослідження, його процедуру та підписали згоду на участь. Основний етап передбачав збір даних через анкети, тестування та короткі інтерв'ю для уточнення інформації. На аналітичному етапі результати оброблялися з використанням статистичних методів, що дозволило виявити тенденції та взаємозв'язки між показниками. На завершальному етапі були сформульовані висновки та підготовлений підсумковий звіт.

Дослідження учасників проводилося у форматі індивідуальних зустрічей, із чітким дотриманням етичних принципів психології, забезпеченням конфіденційності, безпеки та добровільної згоди респондентів.

Серед використаних методик - розроблена Віктором Бойком, є одним із найвідоміших українських інструментів для оцінки емоційного вигорання серед фахівців соціально орієнтованих професій, зокрема медичних працівників. Її основа — уявлення про вигорання як поступовий процес, що виникає через тривалий вплив стресу, емоційне перенавантаження та інтенсивну міжособистісну взаємодію в професійному середовищі. Методика включає 84 твердження, які описують різні аспекти емоційного вигорання. Учасники відповідають, наскільки ці твердження відповідають їхньому досвіду, обираючи "так" або "ні". За результатами відповідей визначається ступінь вираженості синдрому через три основні етапи. Перший етап — напруження — проявляється в умовах постійного стресу на роботі. Другий етап — резистенція — характеризується спробами людини психологічно захиститися від стресових факторів. Третій етап — виснаження — є найкритичнішим. Методика Бойка вирізняється тим, що враховує як

психологічні, так і фізичні прояви вигорання, дозволяючи відстежити його розвиток на різних етапах.

Опитувальник Maslach Burnout Inventory (МВІ), створений американськими дослідницями Крістіною Маслач і Сьюзен Джексон ґрунтується на тривалому вивченні емоційного стану фахівців із соціально орієнтованих професій, таких як медики, педагоги чи соціальні працівники. Опитувальник складається з 22 тверджень, які стосуються емоційних і професійних аспектів роботи. Учасники оцінюють, як часто вони відчують описані стани, використовуючи шкалу від 0 (ніколи) до 6 (щодня). На основі відповідей аналізуються три основні складові вигорання: Перша складова — емоційне виснаження — показує рівень втоми, знесилення та почуття емоційного перевантаження. Друга складова — деперсоналізація — проявляється у відчуженому чи навіть негативному ставленні до колеґ, пацієнтів або клієнтів. Третя складова — зниження професійної ефективності — відображає втрату впевненості у власних здібностях, зменшення задоволення від роботи та відчуття, що зусилля не приносять результатів. Для нашого дослідження МВІ застосовувався для детального аналізу емоційного стану медичних працівників, які працюють як у звичайних, так і в екстремальних умовах.

Шкала тривожності, розроблена Чарльзом Спілбергером і адаптована Юрієм Ханіним широко застосовується в різних галузях, зокрема в медичній, клінічній і організаційній психології, для визначення ступеня тривожності як тимчасового стану, так і сталої характеристики особистості. Опитувальник включає 40 тверджень, розподілених порівну між двома блоками. Перший блок, що складається з 20 тверджень, оцінює ситуативну тривожність. Другий блок, також із 20 тверджень, спрямований на вимірювання особистісної тривожності. Респонденти оцінюють кожне твердження за шкалою від 1 до 4 балів залежно від того, наскільки воно відповідає їхнім відчуттям. Для ситуативної тривожності 20–30 балів вказують на низький рівень, 31–45 — на середній, а

46 і більше — на високий. Аналогічно для особистісної тривожності. Ця методика цінна тим, що дозволяє відрізнити короткочасну тривогу, викликану зовнішніми факторами, від хронічної тривожності як рис особистості.

Методика Аарона Пайнса використовується для оцінки рівня емоційного та фізичного виснаження, спричиненого тривалим професійним стресом. Основною метою методики є визначення глибини емоційного виснаження, яке виникає в процесі професійної діяльності. Вона не залежить від типу професії, але особливо цінна для медичних працівників, оскільки допомагає розпізнати ранні прояви вигорання, навіть якщо явні клінічні симптоми ще не сформувалися. Опитувальник містить 21 твердження, які описують типові стани, пов'язані з хронічним стресом і втому, наприклад: почуття спустошеності після роботи, байдужість до подій довкола чи втрата здатності до співчуття. Учасники оцінюють, як часто вони відчувають ці стани, за семибальною шкалою, де 1 означає "ніколи", а 7 — "завжди". Для обробки результатів підраховується сума балів за всі твердження, після чого обчислюється середній показник. Рівень вигорання інтерпретується так: від 1 до 2,99 балів — низький, від 3 до 4,99 — середній (зона ризику), від 5 до 7 — високий, що вказує на серйозне емоційне виснаження. Методика вирізняється простотою використання та швидкістю виконання, займаючи лише 5–10 хвилин. Вона забезпечує достовірну оцінку стану завдяки суб'єктивним даним і є ефективною як для індивідуального аналізу, так і для опитування великих груп, що особливо актуально для медичних закладів.

Для наочності варто показати склад досліджуваних у таблиці 2.1

Таблиця 2.1 Розподіл учасників емпіричного дослідження

| Спеціалізація | Група 1 (екстримальні умови) | Група 2 (звичайні умови) |
|---------------|------------------------------|-------------------------------|
| Стоматологія | 2 -військові госпіталі | 2 - приватні стомат. клініки |
| Терапія | 2-мобільні прифронтові | 2- дільничі лікарі поліклінік |

| | | |
|--------------------|--|---|
| | бригади | |
| Хірургія | 2 - військові госпіталі | 2 - міські лікарні |
| Гінекологія | 2 - польові пологові відділи | 2 - пологові будинки |
| Інтенсивна терапія | 3 - відділення реанімації, блок ургентних хворих | 3 - відділення реанімації, блок відносно стабільних хв. |
| Швидка допомога | 3 - екстрена невідкладна швидка допомога | 3 - швидка медична допомога |

Таблиця 2.2 Розподіл учасників за віком та стажем роботи

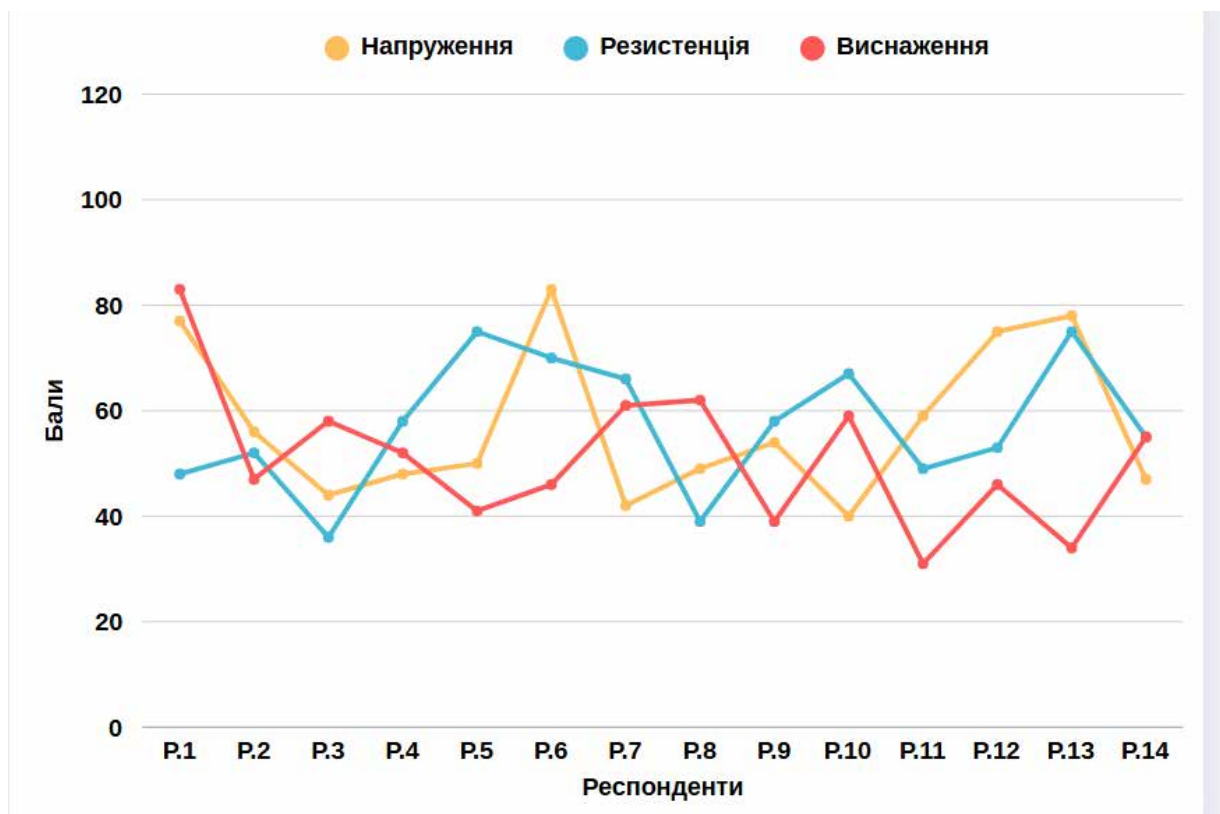
| Спеціалізація | Група 1(екстремальні умови) | Група 2(звичайні умови) |
|--------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Стоматологія | P.1 - вік - 31, стаж - 5, Чол. | P.15 - вік -28, стаж - 4, Жін |
| | P.2 - вік - 35, стаж - 9 Чол. | P.16 - вік -41, стаж - 19, Жін. |
| Терапія | P.3 - вік - 36, стаж - 11, Жін. | P.17 - вік - 45, стаж - 25,Чол |
| | P.4 - вік - 34, стаж - 10, Жін. | P.18 -вік - 35, стаж - 11, Жін. |
| Хірургія | P.5 - вік - 38, стаж - 8, Чол. | P.19 - вік -54, стаж - 20, Чол. |
| | P.6 - вік - 33, стаж - 4, Жін. | P.20 - вік -39, стаж - 7, Жін. |
| Гінекологія | P.7 - вік - 52, стаж - 21, Жін. | P.21 - вік - 31, стаж - 5, Жін. |
| | P.8 -вік - 36, стаж - 10, Жін. | P.22 - вік - 52, стаж - 19, Жін |
| Інтенсивна терапія | P.9 - вік - 30, стаж - 3, Жін. | P.23 - вік - 25, стаж -2, Жін |
| | P.10 - вік - 40, стаж - 15, Чол. | P.24 - вік - 47, стаж - 22, Жін |
| | P.11 - вік - 35, стаж - 4, Жін | P.25 - вік -34, стаж - 3, Чол. |
| Швидка допомога | P.12 - вік - 33, стаж - 10, Жін. | P.26 - вік -44, стаж -14, Жін. |
| | P.13 - вік -29, стаж - 4, Жін. | P.27 - вік - 36, стаж -13, Жін. |
| | P.14 - вік - 38, стаж -16, Чол. | P.28 - вік - 58, стаж - 5, Жін. |

2.2 Аналіз рівнів емоційного вигорання у медичних працівників залежно від умов професійної діяльності.

Після всіх проведених методик та зібраних результатів для 1 та 2 груп можемо провести аналіз та порівняння показників емоційного вигорання у медичних працівників.

За методикою Бойко маємо такі результати для обох груп:

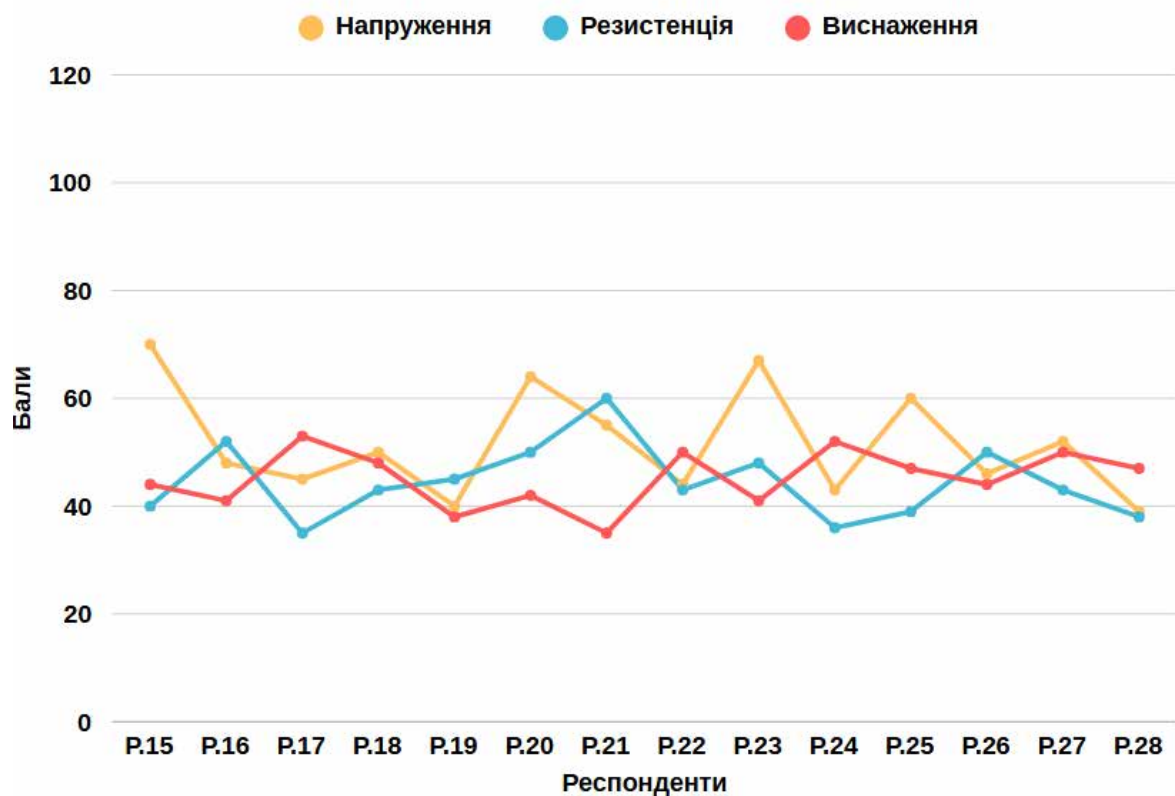
Рис. 1 Графік результатів першої групи методики Бойко



За результатами дослідження психологічного стану медичних працівників в екстремальних умовах виявило високий рівень напруги та емоційного вигорання, особливо на етапах «Напруження» і «Резистенція». Це відображає сильну емоційну реакцію на стресові ситуації та спроби адаптуватися до них. Молодші медики (до 35 років, стаж 3–8 років) частіше відчують тривогу, напругу та емоційну нестабільність через брак досвіду й слабші механізми захисту від стресу. Натомість працівники старшого віку (понад 40 років) із вищим стажем (понад 10 років) демонструють нижчий рівень вигорання, ймовірно, завдяки розвиненій стійкості та кращим

стратегіям подолання стресу. Проте й у них помітна емоційна втома, особливо в реанімаціях, військових госпіталях чи мобільних бригадах. Щодо статевих відмінностей, жінки більш схильні до тривожності та самокритики на початкових етапах вигорання, тоді як чоловік частіше проявляють відчуженість і втрату емоційного зв'язку, що може бути пов'язано з культурними нормами поведінки.

Таблиця 2.2 Графік результатів другої групи методики Бойко

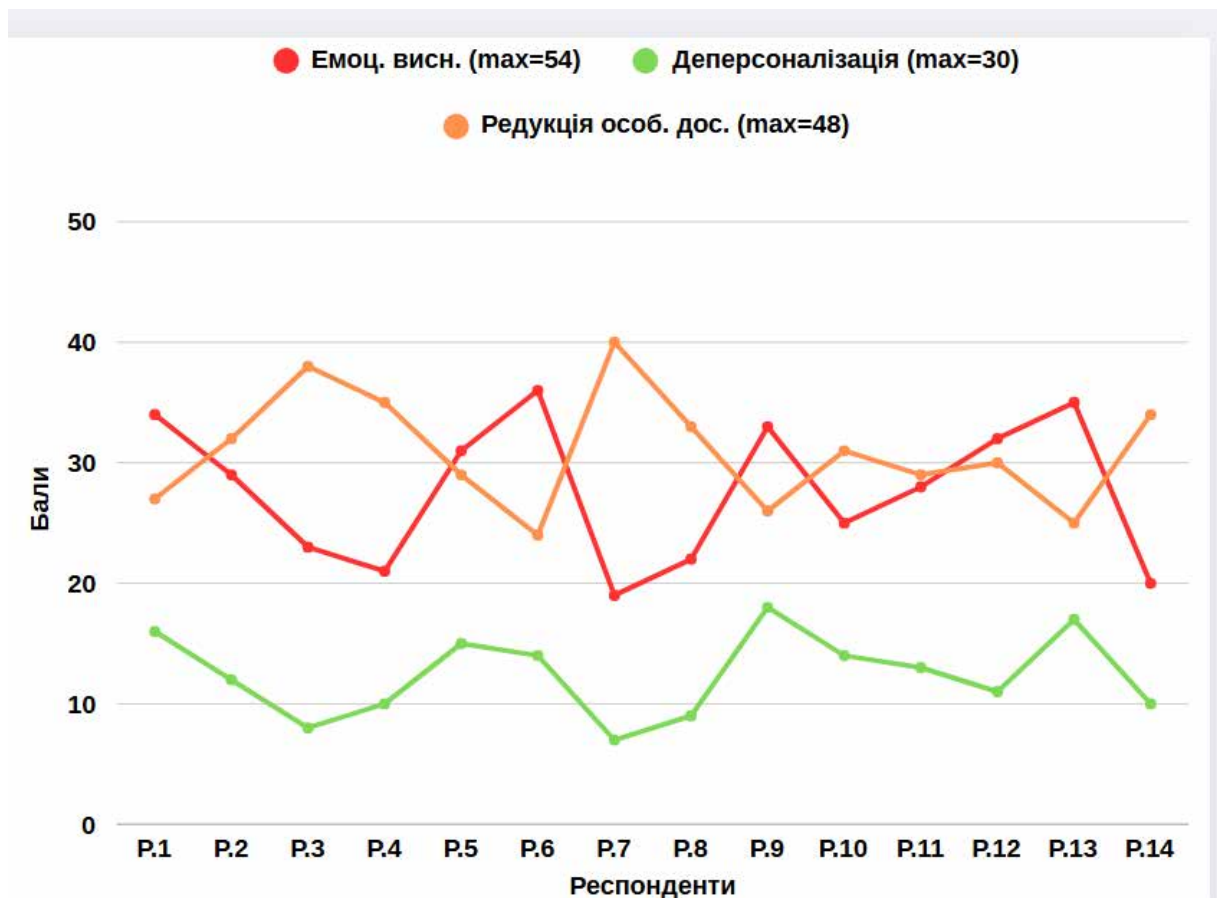


Підсумки оцінки другої групи за методикою В.В. Бойка показують, що цивільні медичні працівники відчувають менший стрес порівняно з колегами в екстремальних умовах, наприклад, у військових госпіталях. Це пояснюється стабільнішим робочим середовищем із меншою кількістю травмуючих факторів. Медики з більшим стажем мають нижчий рівень напруження завдяки досвіду, але в деякого зростає виснаження через зношення ресурсів. Молодші працівники з коротким стажем частіше відчувають напруження через брак навичок. Старші демонструють резистенцію, що свідчить про кращий емоційний контроль. Жінки частіше проявляють резистенцію, використовуючи

ефективні способи регуляції емоцій, тоді як чоловіки можуть відчувати більше напруження чи виснаження. Отже, цивільні медики мають стабільніший емоційний стан, але вік, стать, стаж і спеціалізація впливають на стрес. Ці дані можуть допомогти розробити програми психологічної підтримки для медичних фахівців.

За результатами опитувальника Маслача маємо наступні дані:

Рис.2.3 Графік результатів першої групи методики Маслача

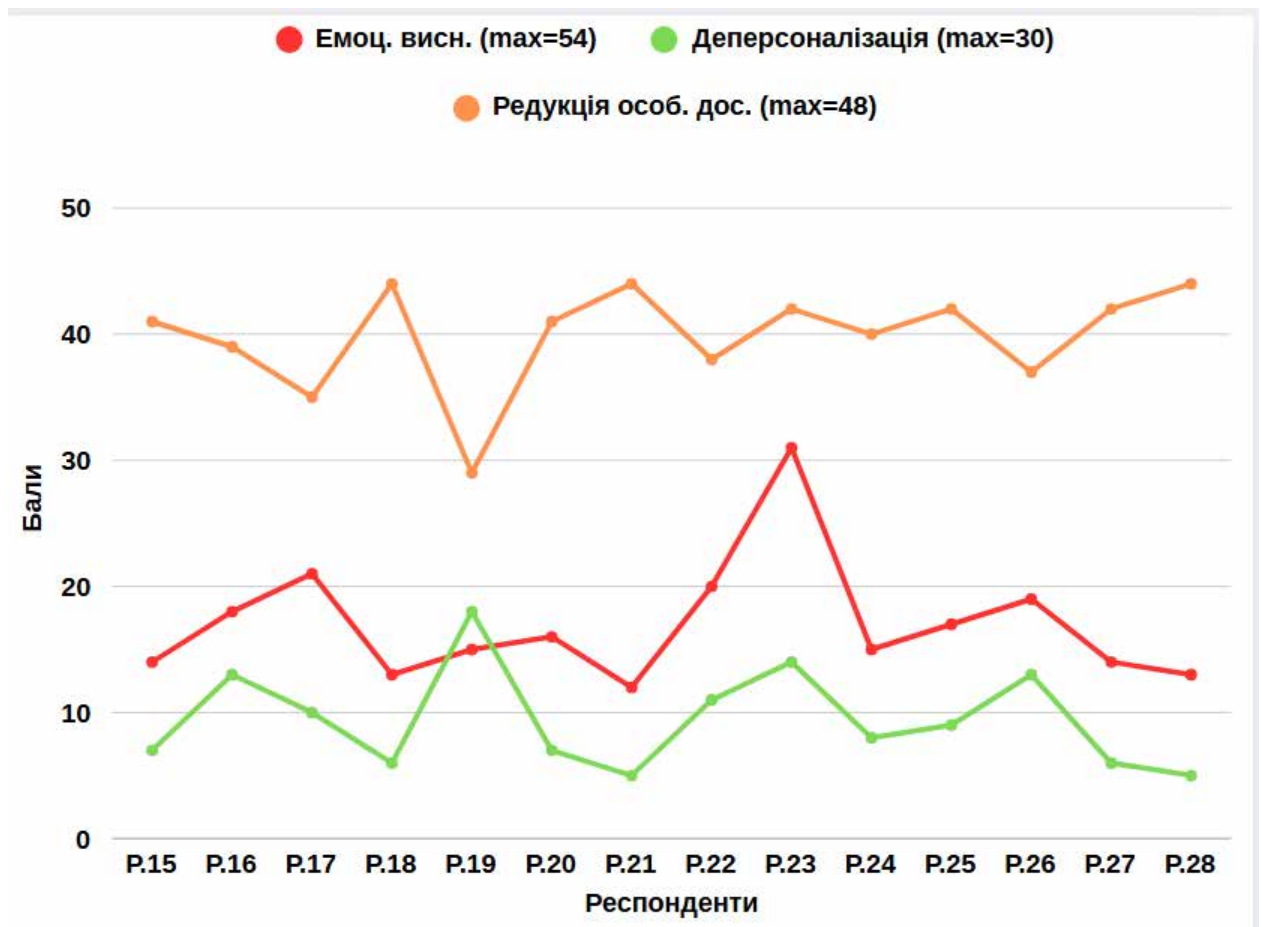


Дані опитувальника Маслач показують, що серед медичних працівників першої групи переважають середній і високий рівні емоційного виснаження, що відображає значне психологічне навантаження, пов'язане з їхньою роботою. У чоловіків часто спостерігається підвищена деперсоналізація, що може бути спробою захиститися від стресу через емоційне дистанціювання. Жінки з більшим досвідом роботи, навпаки, частіше відчувають зниження професійної впевненості, що проявляється у зменшенні відчуття власних досягнень. Порівняння з результатами методики Бойка підтверджує збіг - високе емоційне

виснаження за Маслач відповідає значним показникам напруження та виснаження за Бойком. Водночас сильніші захисні механізми (резистенція) за Бойком пов'язані з нижчими рівнями деперсоналізації та втрати професійної ефективності за МВІ.

Це вказує на те, що медики з розвинутою стресостійкістю рідше стають цинічними чи втрачають віру у власні сили, попри інтенсивне емоційне навантаження.

Рис. 2.4 Графік результатів другої групи методики Маслача



Дослідження цивільних медичних працівників за опитувальником Маслач показало, що вони мають нижчий рівень професійного вигорання порівняно з медиками в екстремальних умовах. У них рідше спостерігається емоційне виснаження і деперсоналізація, а професійні досягнення оцінюються вище. Проте в кількох учасників виявлено підвищені показники окремих аспектів вигорання, що вказує на ризик навіть у спокійніших умовах.

Стабільне робоче середовище зменшує хронічний стрес, але медики старшого віку чи з більшим стажем можуть відчувати деперсоналізацію або втрату мотивації через високе навантаження. Порівняння з методикою Бойка підтверджує, що сильне напруження за Бойком збігається з емоційним виснаженням за МВІ, а розвинена резистенція пов'язана з нижчою деперсоналізацією та вищою оцінкою досягнень. Виснаження за Бойком відповідає деперсоналізації та зниженню ефективності за МВІ. Обидві методики взаємодоповнюють одна одну: МВІ чітко виділяє складові вигорання, а Бойко показує рівень стресу та стійкості. Старші медики частіше втрачають мотивацію через накопичену втому. Жінки більше схильні до емоційного виснаження, але позитивніше оцінюють свої успіхи. Працівники реанімацій і швидкої допомоги мають вищі показники вигорання через напружену роботу.

За шкалою тривожності Спілберга-Ханіна можемо побачити зведені результати у наступній таблиці:

Таблиця 2.1 Результати особистісної та ситуативної тривожності

| Учасник | Рівень (20-80 балів) Ситуативна тривожність | | Рівень (20-80 балів) Особистісна тривожність | |
|---------|--|-----------|---|-----------|
| | Бали | Категорія | Бали | Категорія |
| P.1 | 44 | Високий | 36 | Середній |
| P.2 | 39 | Середній | 29 | Низький |
| P.3 | 50 | Високий | 43 | Середній |
| P.4 | 37 | Середній | 32 | Середній |
| P.5 | 42 | Середній | 27 | Низький |
| P.6 | 35 | Середній | 24 | Низький |
| P.7 | 53 | Високий | 49 | Високий |
| P.8 | 40 | Середній | 39 | Середній |
| P.9 | 31 | Середній | 26 | Низький |
| P.10 | 48 | Високий | 37 | Середній |
| P.11 | 33 | Середній | 30 | Низький |

| | | | | |
|------|----|----------|----|----------|
| P.12 | 38 | Середній | 29 | Низький |
| P.13 | 30 | Низький | 28 | Низький |
| P.14 | 45 | Високий | 35 | Середній |
| P.15 | 33 | Середній | 26 | Низький |
| P.16 | 38 | Середній | 37 | Середній |
| P.17 | 45 | Високий | 40 | Середній |
| P.18 | 34 | Середній | 33 | Середній |
| P.19 | 49 | Високий | 47 | Високий |
| P.20 | 39 | Середній | 28 | Низький |
| P.21 | 28 | Низький | 24 | Низький |
| P.22 | 43 | Середній | 39 | Середній |
| P.23 | 32 | Середній | 28 | Низький |
| P.24 | 46 | Високий | 39 | Середній |
| P.25 | 31 | Середній | 29 | Низький |
| P.26 | 44 | Середній | 36 | Середній |
| P.27 | 35 | Середній | 19 | Низький |
| P.28 | 50 | Високий | 41 | Середній |

Вивчення ситуативної та особистісної тривожності у двох групах медичних працівників виявило відмінності, зумовлені умовами роботи, віком, стажем і спеціалізацією.

Медики, які працюють в екстремальних умовах, частіше відчувають високу ситуативну тривожність через сильний стрес, непередбачуваність і небезпеку. Їхня особистісна тривожність варіюється від низької до високих значень, що відображає різний рівень психологічної витривалості. У групі з цивільними умовами ситуативна тривожність зазвичай нижча, що відповідає менш напруженому середовищу. Особистісна тривожність у цих працівників переважно середня або низька, що вказує на стабільніший емоційний стан і кращу адаптацію до робочих викликів. Молодші та менш досвідчені медики

частіше відчувають ситуативну тривожність, тоді як старші з більшим стажем мають нижчу ситуативну тривожність, але іноді вищу особистісну через накопичений стрес. Результати за шкалою Спілбергера–Ханіна узгоджуються з даними МВІ та методики Бойка: високі показники тривожності пов'язані з емоційним виснаженням і деперсоналізацією.

За останньою методикою Аарона Пайнса можемо спостерігати такі цифри:

Рис. 2.5 Результати першої групи методики Аарона Пайнса

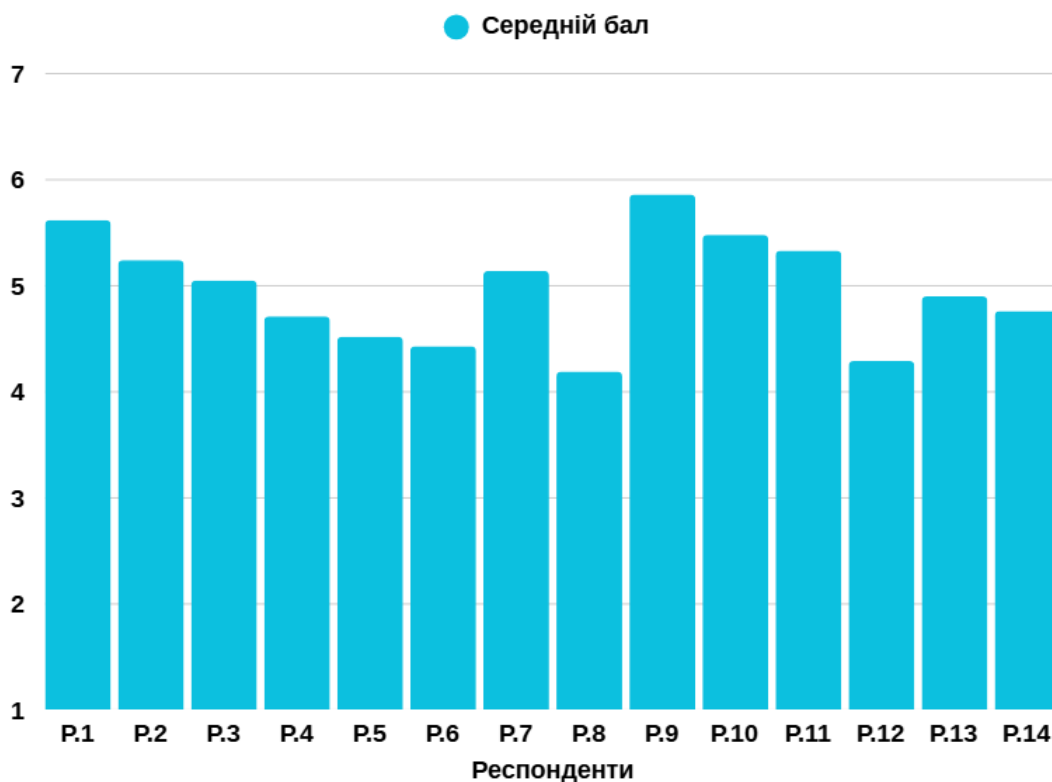
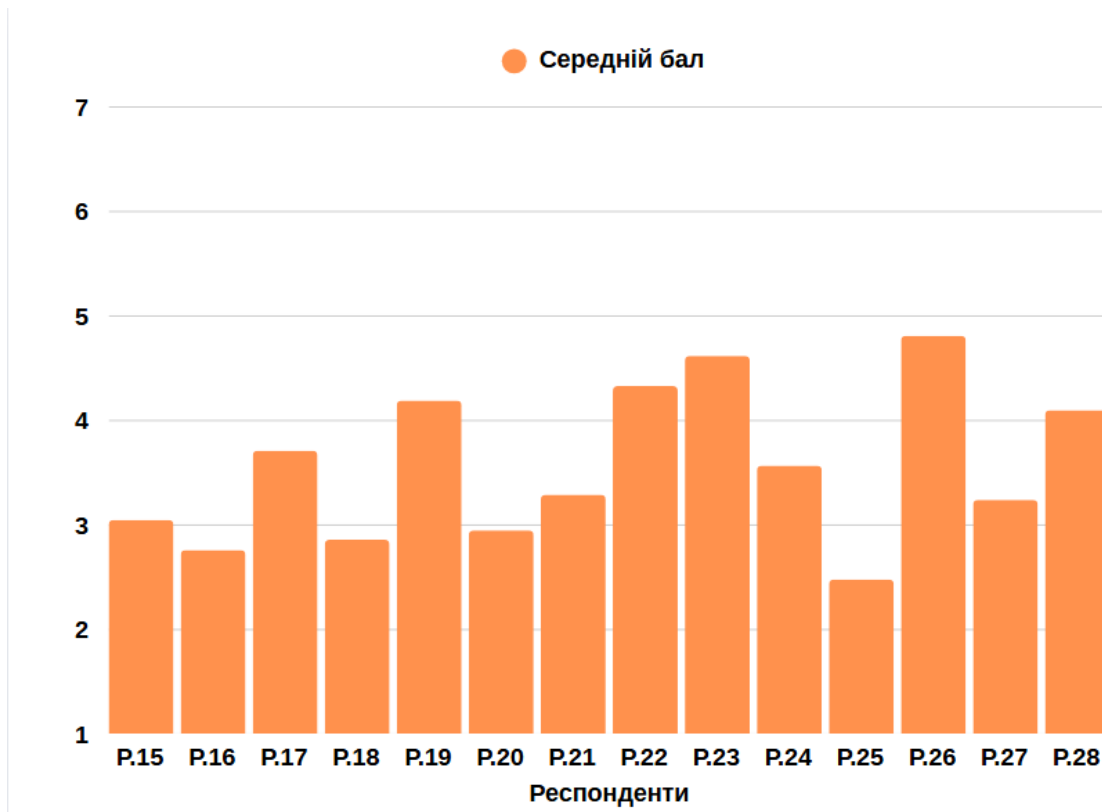


Рис. 2.6 Результати другої групи методики Аарона Пайнса



Дослідження емоційного вигорання за методикою Аарона Пайнса виявило, що у першій групі переважали середні та високі рівні вигорання: середній бал за шкалою Пайнса коливався від 3.8 до 5.4, що вказує на значне емоційне виснаження. Близько 80% учасників показали середній або високий рівень вигорання, і лише 20% мали показники, близькі до норми. У другій групі, серед цивільних медиків, результати були менш критичними: середній бал варіювався від 2.48 до 4.81. Половина учасників мала середній рівень вигорання, що сигналізує про потенційний ризик, 30% — низький, а 20% — високий. Останнє стосувалося переважно працівників реанімацій, швидкої допомоги та гінекології, де навантаження залишається значним. Медики зі стажем 15–25 років часто виявляли ознаки хронічного виснаження, що накопичувалося поступово.

Порівняння з іншими методиками (МВІ, Спілбергера–Ханіна, Бойка) підтвердило зв'язок високого вигорання з підвищеною тривожністю, емоційним виснаженням, зниженням професійної мотивації та фізичними

симптомами. Учасники з високими показниками вигорання часто мали підвищену ситуативну й особистісну тривожність, а також емоційні та соматичні прояви, що вказує на комплексний вплив стресу.

Підводячи підсумок, можемо зробити висновки.

Рис. 2.7а - кореляційна матриця методики ШМВ для 1-ї групи

Кореляційна матриця: Група 1 (екстремальні умови)

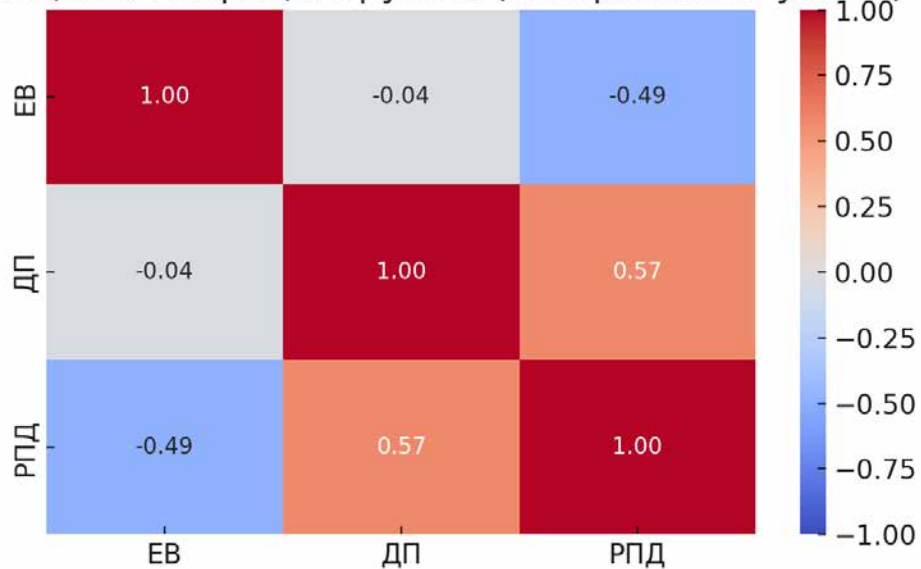
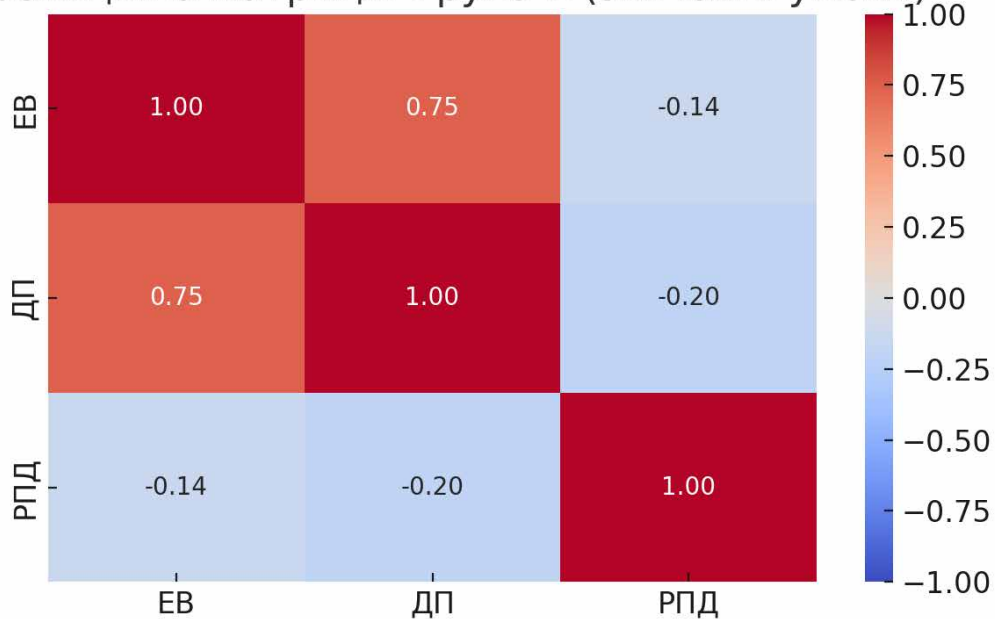


Рис. 2.ба - кореляційна матриця методики ШМВ для 2-ї групи

Кореляційна матриця: Група 2 (звичайні умови)

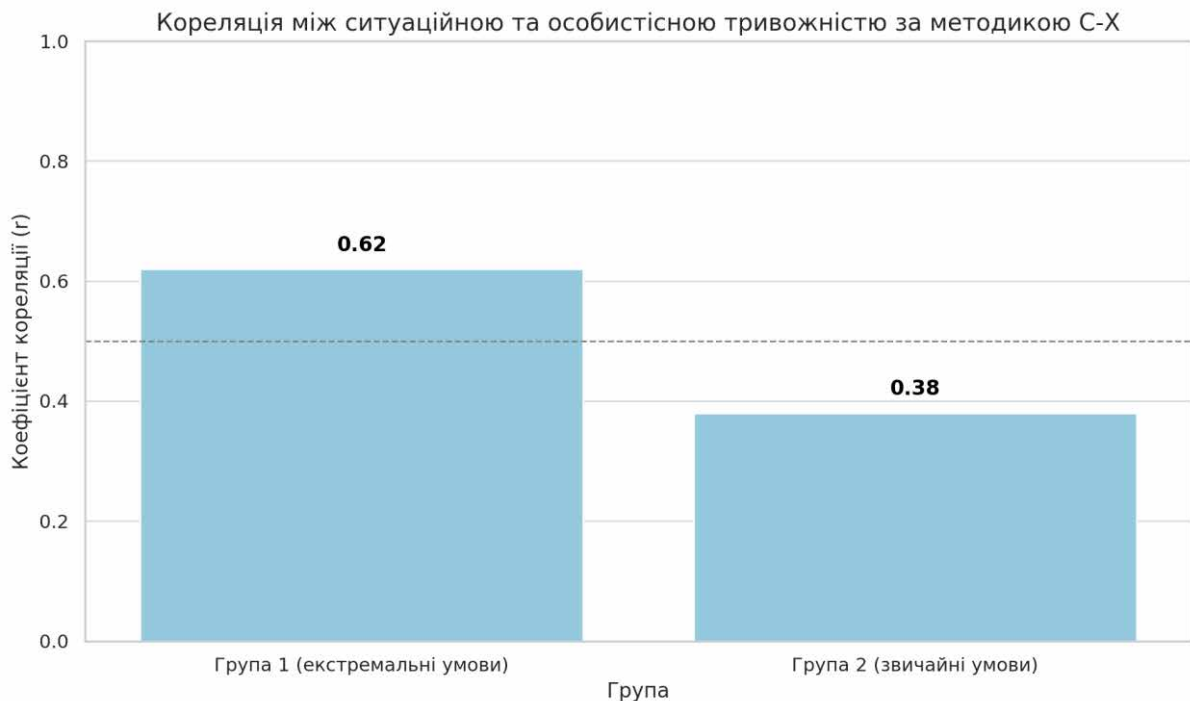


У медиків, які працюють в екстремальних умовах (Група 1), емоційне

виснаження суттєво знижує професійну ефективність, тоді як зв'язок між вигоранням і деперсоналізацією залишається слабким.

У цивільних медиків (Група 2) емоційне вигорання тісно пов'язане з деперсоналізацією, але це не обов'язково призводить до падіння результативності роботи.

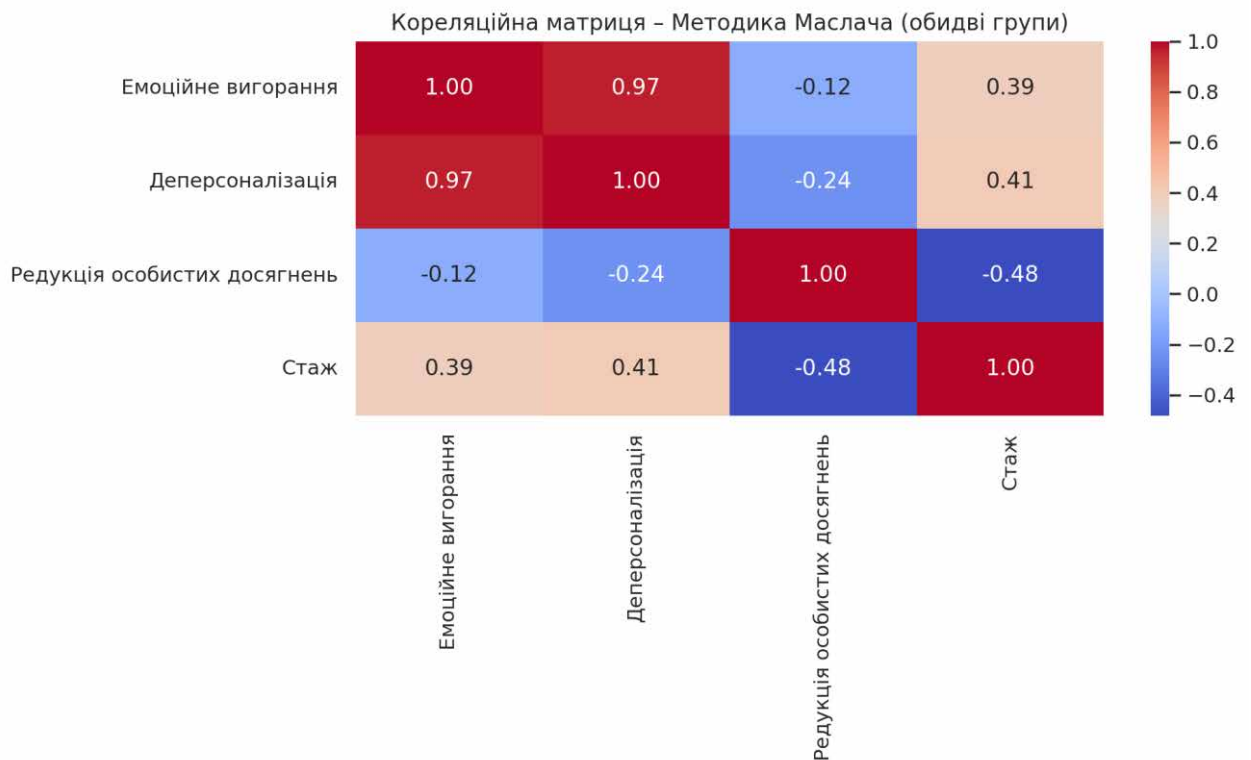
Рис. 2.8 Кореляція за методикою Спілберга-Ханіна



У медиків, які працюють в екстремальних умовах (група 1), зв'язок між ситуативною та особистісною тривожністю тісніший ($r = 0.62$). Це свідчить, що в таких умовах хронічно підвищена особистісна тривожність посилює ситуативні тривожні реакції. У медиків особистісна тривожність значно посилює ситуативну, оскільки стрес загострює наявну тривожність, що може спричиняти тривале психоемоційне напруження.

У цивільних медиків (група 2) цей зв'язок слабший ($r = 0.38$), що вказує на більш самостійний прояв ситуативної тривоги, менш залежний від особистих тривожних рис, тривога частіше виникає через конкретні обставини, а не через сталі особистісні особливості

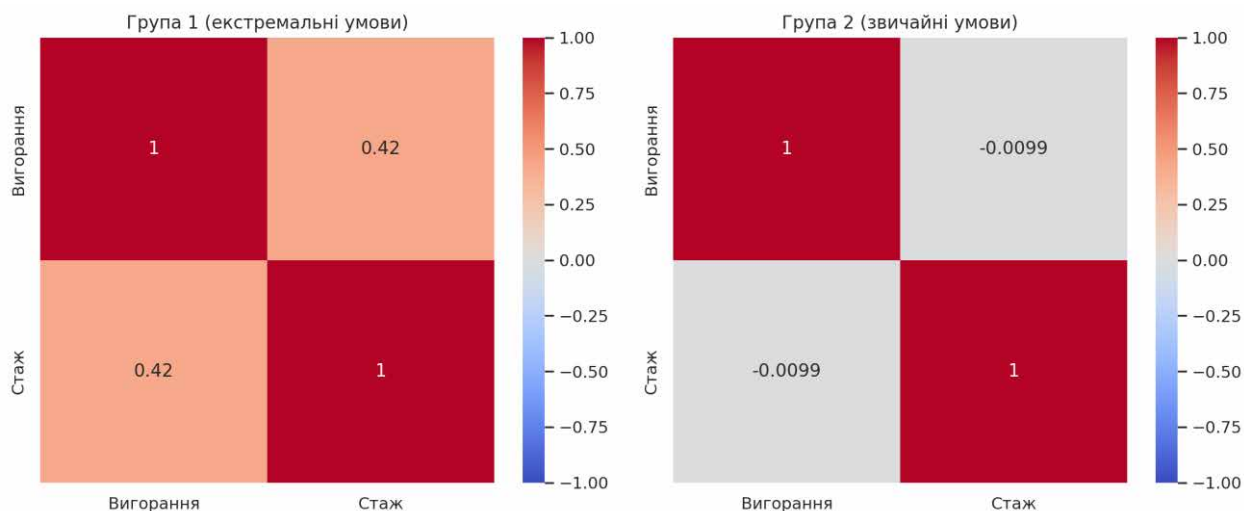
Рис. 2.9 Кореляція методики Маслача



Кореляційний аналіз даних за методикою Маслач для обох груп медичних працівників виявив кілька ключових взаємозв'язків між компонентами емоційного вигорання: Емоційне виснаження та деперсоналізація мають помірний позитивний зв'язок ($r \approx 0.45-0.60$). Це означає, що зростання втоми й емоційного спустошення супроводжується більш формальним, відстороненим ставленням до роботи та людей. Емоційне виснаження негативно пов'язане з відчуттям особистих досягнень ($r \approx -0.30$). Чим сильніше виснаження, тим нижче людина оцінює свою професійну ефективність, що є ознакою розвитку вигорання. Між деперсоналізацією та зниженням особистих досягнень також є слабкий негативний зв'язок ($r \approx -0.20 \dots -0.35$). Відсторонене чи цинічне ставлення до роботи може зменшувати віру в свої професійні здобутки. Стаж роботи слабо або незначно впливає на емоційне виснаження й деперсоналізацію. Молодші медики, особливо з меншим досвідом, частіше відчувають вигорання через інтенсивне навантаження та недостатню адаптацію. Зниження особистих досягнень у деяких випадках має слабку позитивну кореляцію зі стажем ($r \approx 0.10-0.25$), що може пояснюватися накопиченим досвідом, який частково компенсує прояви

вигорання

Рис. 2.10. Кореляція методики Аарона Пайнса



У медиків, які працюють в екстремальних умовах (група 1), спостерігається чіткий позитивний зв'язок: зі збільшенням стажу зростає емоційне виснаження.

У цивільних медиків (група 2) цей зв'язок слабший, але також позитивний, що вказує на повільне накопичення виснаження в менш напружених умовах.

2.3. Визначення взаємозв'язку між сферою діяльності, стажу, віку та емоційним вигоранням у медиків

Дослідження емоційного вигорання серед медичних працівників охопило дві групи: першу — медиків, які працюють в екстремальних умовах (військові лікарі, фахівці швидкої допомоги в зонах ризику), і другу — цивільних лікарів із звичайним робочим ритмом. Для оцінки використовувалися методики Маслач, МВІ, Спілбергера–Ханіна та опитувальник Пайнса, з акцентом на зв'язок вигорання з віком, стажем і спеціалізацією.

Вік впливає на вигорання: у першій групі молоді медики до 35 років, особливо реаніматологи та працівники швидкої, частіше відчувають емоційне виснаження і високу тривожність, що підвищує ризик вигорання. У другій

групі, де середній вік вищий, вигорання менш виражене завдяки кращій емоційній стабільності та менш стресовим умовам. Однак у старших медиків (45–58 років) зростає деперсоналізація, ймовірно, через тривалий контакт із пацієнтами без психологічної підтримки.

Стаж роботи також має значення: медики зі стажем до 5 років, особливо в екстремальних умовах, страждають від емоційного виснаження через брак адаптаційних навичок. Водночас у тих, хто працює понад 20 років, частіше проявляється деперсоналізація та зниження віри в професійні досягнення, що може вказувати на професійну деформацію.

Спеціалізація відіграє ключову роль: реаніматологи та працівники швидкої допомоги в обох групах мають найвищі показники вигорання і тривожності через постійний ризик і відповідальність за життя. Гінекологи та терапевти в цивільних умовах демонструють нижчі рівні виснаження й тривоги завдяки стабільнішій роботі.

Порівняння груп показало, що в екстремальних умовах вигорання на 15–20% вище, особливо в емоційному виснаженні та деперсоналізації, через постійну потребу в мобілізації сил. У цих медиків також вища ситуативна тривожність. У цивільній групі переважає особистісна тривожність, пов'язана з хронічним навантаженням, а результати більш різноманітні через різні умови праці.

Підсумки: молоді медики з малим стажем найуразливіші до вигорання через слабку стресостійкість. Досвідчені фахівці ризикують деперсоналізацією та втратою мотивації. Найвищий ризик — у реаніматологів, працівників швидкої та військових медиків. Цивільні лікарі стабільніші, але не застраховані від хронічного вигорання, особливо за перевантаження.

Висновки до розділу 2

Упродовж березня–травня 2025 року було проведено ґрунтовне дослідження емоційного вигорання серед 28 працівників галузі охорони здоров'я. Учасників поділили на дві вибірки: першу сформували медики, задіяні в умовах підвищеного ризику — у військових шпиталях, відділеннях інтенсивної терапії, на станціях екстреної допомоги; другу — представники цивільних клінік, що працюють у стабільніших умовах.

Отримані результати вказують на те, що медичні працівники, які щоденно мають справу з критичними ситуаціями, демонструють вищий рівень емоційного виснаження — у середньому на 15–20% вище, ніж у їхніх колег з цивільного сектора. Особливо це стосується компонентів деперсоналізації та емоційного спустошення. Постійна емоційна напруга, обмежені ресурси, високі ризики та непередбачуваність подій призводять до накопичення хронічного стресу. Виявлено значну позитивну кореляцію між ситуативною і особистісною тривожністю в цій групі ($r = 0,62$), що свідчить про тенденцію до внутрішньої нестабільності та зниження стресостійкості.

Найбільш вразливими виявилися спеціалісти віком до 35 років з досвідом роботи до 5 років — вони ще не мають сформованих адаптаційних стратегій і важче переносять професійне навантаження. Водночас медики з великим стажем (понад 15 років) демонструють вищу толерантність до стресу, хоча в них спостерігається накопичена емоційна втома. Статеві відмінності також виявились показовими: чоловіки частіше схильні до формування деперсоналізації, тоді як жінки демонструють підвищену тривожність і емоційну чутливість, нерідко супроводжувану зниженням самооцінки.

Медичні працівники з другої групи, що працюють у звичних умовах, мають нижчі показники емоційного виснаження і частіше демонструють позитивне ставлення до своєї професійної діяльності. Проте певна частина респондентів (приблизно 20%), переважно з відділень інтенсивної терапії та

швидкої допомоги, теж перебуває у зоні ризику. У цій групі зв'язок між двома типами тривожності слабший ($r = 0,38$), що свідчить про більшу залежність емоційного стану від зовнішніх обставин, а не від стабільних особистісних характеристик.

Молодші спеціалісти з другої групи схильні до психоемоційного напруження через недостатню підготовленість до стресових ситуацій, тоді як працівники з досвідом понад 15 років нерідко демонструють ознаки деперсоналізації — можливо, як механізм психологічного самозахисту. Водночас жінки частіше повідомляли про стан емоційного виснаження, хоча загалом мали вищі показники самооцінки та віри у власну професійну ефективність.

Вплив спеціалізації на вигорання також виявився вагомим: найвищі значення зафіксовано у військових лікарів, реаніматологів і працівників екстреної допомоги. Це пов'язано з високим ступенем відповідальності, необхідністю ухвалювати швидкі рішення та постійною взаємодією з пацієнтами у важкому стані. Натомість лікарі терапевтичного та гінекологічного профілів, особливо в умовах цивільної медицини, демонстрували значно нижчі рівні емоційного вигорання.

Що стосується професійного досвіду, то в умовах екстремального навантаження (група 1) із кожним роком стажу зростає ризик емоційного виснаження, тоді як у другій групі цей процес проявляється менш інтенсивно. Кореляційний аналіз результатів МВІ показав стабільний зв'язок між емоційним виснаженням і деперсоналізацією (r у межах $0,45-0,60$), а також негативну кореляцію з оцінкою професійних досягнень ($r \approx -0,30$), що особливо виражено серед медиків у складних умовах праці.

Таким чином, результати дослідження підкреслюють складну і багатофакторну природу професійного вигорання серед медичних працівників. Воно зумовлюється не лише характеристиками особистості, а й специфікою середовища, стажем роботи, віком і навіть статтю.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Підходи до психологічної допомоги та регуляції психоемоційного стану медиків

Професійна діяльність медичних працівників нерідко супроводжується високим рівнем емоційного навантаження, особливо в умовах постійного стресу, роботи в екстремальних ситуаціях і відповідальності за людське життя. Такий тиск може призводити до емоційного вигорання, тривожних станів і психоемоційного виснаження. Особливо уразливими стають медики, які тривалий час перебувають у стані невизначеності, працюють з важкими пацієнтами або зазнають дефіциту відпочинку. Щоб зберегти ментальне здоров'я фахівців цієї галузі, необхідно впроваджувати комплексні системи психологічної підтримки, адаптовані до специфіки їхньої роботи, особистісних характеристик і умов, у яких вони працюють — будь то мирний час чи надзвичайні ситуації[38,39].

Профілактика психоемоційного виснаження є важливим напрямом, що передбачає своєчасне навчання медичних працівників навичкам саморегуляції та управління стресом. Регулярне проведення тренінгів зі стрес-менеджменту, що включають дихальні техніки, елементи усвідомленої присутності або м'язову релаксацію, дозволяє знижувати рівень тривожності та зберігати емоційну стійкість у напружених ситуаціях. Водночас важливим є формування адаптивних копінг-стратегій, які передбачають конструктивне подолання труднощів, звернення по соціальну підтримку або переосмислення складних обставин. Аналіз робочих кейсів у групах сприяє виробленню ефективніших підходів до щоденних викликів та зменшує ризик хронічного стресу[40].

Не менш значущим чинником підтримки є оптимізація робочого навантаження, а тобто дотримання балансу між працею та відпочинком, ротація персоналу в критичних відділеннях і забезпечення повноцінних відпусток можуть суттєво знизити рівень виснаження. Окрім цього,

інформаційні кампанії щодо розпізнавання перших симптомів вигорання й підвищення психологічної грамотності допомагають медикам усвідомити важливість піклування про власне емоційне здоров'я.

Коли ж у медичного працівника вже спостерігаються ознаки емоційної або тривожної дестабілізації, необхідне своєчасне професійне втручання. Індивідуальна психотерапія, зокрема когнітивно-поведінковий підхід, дозволяє пропрацювати негативні переконання, зменшити рівень тривожності та змінити деструктивні моделі мислення. Для тих, хто зазнав психотравмуючих подій, ефективною є спеціалізована терапія, спрямована на опрацювання наслідків травм. Водночас групові форми допомоги, такі як балінтовські групи або інші формати обміну досвідом, створюють простір для емоційного розвантаження, взаємної підтримки та нормалізації почуттів. У випадках, коли медик пережив гостру кризову ситуацію — смерть пацієнта, напад чи серйозну помилку — варто оперативно застосовувати методи кризового консультування, наприклад, дебрифінг, який дозволяє знизити ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу[41,42].

Крім психотерапевтичних методів, позитивний ефект мають і тілесно-орієнтовані практики — йога, масаж, дихальні вправи — що допомагають розслабити тіло, зменшити психосоматичні симптоми й відновити внутрішній ресурс. Такі методи є особливо доречними для тих, хто відчуває наслідки хронічного стресу на фізичному рівні[43].

Однак для довготривалого ефекту важливо також забезпечити підтримку на інституційному рівні. Створення у медичних установах постійно діючих психологічних служб, наявність фахівців, які можуть проводити як індивідуальні, так і групові консультації, є важливою умовою збереження ментального благополуччя персоналу. Водночас у медичних колективах варто формувати культуру психологічної відкритості, де звернення по допомогу не сприймається як слабкість, а розглядається як частина професійного догляду за собою[44].

Суттєвою є також підтримка з боку старших колег — наставництво допомагає молодим працівникам швидше адаптуватися до специфіки професії та знизити рівень невпевненості, який часто супроводжує перші роки практики. Належна увага має приділятися й фінансовій стабільності: гідна оплата праці, соціальні гарантії та матеріальні стимули знижують ризик постійного стресу, пов'язаного з нестачею ресурсів. Додатково, впровадження цифрових рішень — мобільних додатків для моніторингу емоційного стану, медитацій чи коротких тренувальних вправ — може стати корисним інструментом для щоденної самопідтримки, особливо в умовах високої зайнятості[45,46].

3.2. Програма психологічного тренінгу медичних працівників, які працюють в умовах екстремальних ситуацій

Програма соціально-психологічного тренінгу, розроблена для медичних працівників, які працюють в екстремальних умовах, є структурованою та комплексною ініціативою, спрямованою на профілактику емоційного вигорання, розвиток стресостійкості та підтримку психоемоційного здоров'я. Вона включає чотири двогодинні сесії, кожна з яких має чітко визначену мету, поєднуючи теоретичні блоки, практичні вправи та рефлексію. Програма враховує специфіку роботи медиків, таких як висока відповідальність, інтенсивний контакт із пацієнтами та ненормований графік, що робить її актуальною для цільової аудиторії.

Структура тренінгу

Тренінг складається з чотирьох сесій, кожна тривалістю 2 години:

Сесія 1: Вступ і самопізнання – знайомство, оцінка емоційного стану, усвідомлення ознак вигорання.

Сесія 2: Техніки саморегуляції і відновлення – освоєння методів зниження стресу (дихання, медитація, релаксація).

Сесія 3: Комунікація і взаємопідтримка в команді – розвиток навичок активного слухання, емпатії та зворотного зв'язку.

Сесія 4: План подолання емоційного вигорання – створення індивідуальних планів для профілактики вигорання.

Правила тренінгу

Програма базується на чітких правилах, які створюють безпечне середовище: конфіденційність, активне слухання, повага до інших, саморефлексія, відкритість до нових методів, дотримання часу, конструктивна підтримка, практика технік поза тренінгом, уникнення порівнянь, турбота про фізичне здоров'я та регулярні перерви.

Сесія 1: Вступ і самопізнання

Мета першої сесії – створити атмосферу довіри, допомогти учасникам усвідомити свій емоційний стан і зрозуміти природу вигорання. Сесія починається зі вступу тренера (5 хв), який представляє мету тренінгу – підтримка медиків у стресових умовах через розвиток навичок емоційної стабільності. Далі проводиться вправа «Моя метафора» (5 хв), де учасники представляються, вказуючи стаж роботи, та описують свій стан через метафору (наприклад, «Я – свічка, що догоряє»). Це сприяє емпатії та взаєморозумінню. Обговорення проблем і очікувань (3 хв) дозволяє учасникам озвучити виклики (виснаження, апатія) та сформулювати цілі тренінгу, які тренер записує для подальшого аналізу.

Вправа «Емоційний барометр» (25 хв) допомагає оцінити емоційний стан. Учасники позначають свій стан на шкалі від -10 (негативний) до +10 (позитивний) і описують його. Рефлексія включає аналіз зв'язку емоцій із робочими факторами (навантаження, спілкування з пацієнтами). Обговорення підкреслює важливість відстеження емоцій для профілактики вигорання.

Теоретичний блок (15 хв) розкриває концепцію вигорання, його стадії (емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження досягнень) та фактори ризику (висока відповідальність, ненормований графік, брак підтримки). Тренер наголошує на необхідності профілактики, готуючи учасників до практичних вправ.

Вправа «Емоційний щоденник вигорання» (20 хв) передбачає запис стресових ситуацій, емоційних і фізичних реакцій. Учасники в парах обговорюють записи, що сприяє усвідомленню патернів стресу. Вправа «Баланс ресурсів і вимог» (20 хв) допомагає оцінити ресурси (підтримка колег, відпочинок) та вимоги роботи (нічні чергування, відповідальність), визначаючи шляхи їх збалансування. Сесія завершується рефлексією (10 хв), де учасники в групах обговорюють ознаки вигорання та їх вплив на здоров'я й ефективність.

Сесія 2: Техніки саморегуляції і відновлення

Мета – навчити учасників методам зниження стресу та відновлення емоційної рівноваги. Сесія починається з розминки «Техніка дихання» (15 хв), яка включає глибоке дихання, діафрагмальне дихання та ритмічне дихання. Ці техніки заспокоюють нервову систему, знижуючи тривожність.

Теоретичний блок (20 хв) знайомить із методами саморегуляції: медитація (зосередження на диханні), прогресивна м'язова релаксація (напруження-розслаблення м'язів), самонавіювання (позитивні афірмації), візуалізація (уява спокійного місця). Тренер пояснює їхні психофізіологічні механізми та застосування в екстремальних умовах.

Вправа «Емоційне перезавантаження» (20 хв) дозволяє учасникам у парах практикувати обрану техніку (наприклад, медитацію чи релаксацію), змінюючи ролі ведучого та практикуючого. Обговорення допомагає визначити найефективніші методи. Вправа «Зняття фізичної напруги» (10 хв) включає обертання головою, нахили, розслаблення рук, що знімає м'язову напругу. Вправа «Колесо ресурсів» (30 хв) передбачає малювання кола, поділеного на сектори (внутрішні та зовнішні ресурси), та їх обговорення в групах.

Вправа «Розмова з емоцією» (20 хв) допомагає управляти емоціями через уявний діалог. Учасники вибирають емоцію (тривога, злість), ставлять їй питання (чому виникла, що хоче сказати) і записують відповіді. Групове обговорення підсилює розуміння емоцій як сигналів.

Сесія 3: Комунікація і взаємопідтримка в команді

Мета – розвинути навички активного слухання, емпатії та зворотного зв'язку. Теоретичний блок (20 хв) підкреслює роль взаємопідтримки в команді, пояснює активне слухання (повторення ключових фраз, невербальна підтримка) та емпатію для зниження стресу й уникнення конфліктів.

Рольова гра «Слухання з емпатією» (30 хв) передбачає роботу в парах: один розповідає про стресову ситуацію, інший слухає з емпатією, уникаючи порад. Рефлексія аналізує відчуття в обох ролях. Обговорення технік зворотного зв'язку (20 хв) знайомить із методом «сандвіч» (позитив-критика-позитив) та «Я-повідомленнями».

Завдання на закріплення (20 хв) включає створення плану застосування навичок слухання, емпатії та зворотного зв'язку в роботі. Учасники презентують плани групи, отримуючи рекомендації від тренера.

Сесія 4: План подолання емоційного вигорання

Мета – створити індивідуальні плани профілактики вигорання. Розминка «Мій ресурс» (10 хв) допомагає згадати джерела енергії (спілкування, хобі), які учасники записують і діляться з групою.

Створення індивідуального плану відновлення (30 хв) передбачає розробку стратегій: профілактика (перерви, медитація), ресурси (йога, підтримка рідних), щоденні звички (журнал подяки), моніторинг прогресу. Учасники записують плани, відповідаючи на питання про техніки та цілі.

Групова дискусія «Мій індивідуальний план» (40 хв) дозволяє презентувати плани, отримати зворотний зв'язок і поради. Тренер наголошує на реалістичності та послідовності дій. Закриття та зворотний зв'язок (20 хв) підсумовує тренінг. Учасники діляться враженнями, відповідаючи на питання про отримані навички та зміни в роботі.

3.3 Апробація психотренінгу та оцінка ефективності психокорекційного впливу

Апробація соціально-психологічного тренінгу профілактики та подолання емоційного вигорання проводилася в травні 2025 року, для медиків, що працюють в екстремальних умовах (реанімаційне відділення та бригади швидкої допомоги). Участь взяли 5 медичних працівників: 3 жінки та 2 чоловіки віком від 25 до 31 року зі стажем роботи від 2 до 7 років. Тренінг складався з чотирьох двогодинних сесій, спрямованих на самопізнання, освоєння технік саморегуляції, розвиток комунікаційних навичок і створення індивідуальних планів профілактики вигорання. Метою апробації було оцінити ефективність тренінгу в зниженні рівня емоційного вигорання, тривожності та підвищенні стресостійкості учасників.

Методи оцінки ефективності. Для оцінки впливу тренінгу застосовувалися кількісні та якісні методи. До і після тренінгу учасники заповнювали опитувальник Maslach Burnout Inventory (MBI) для вимірювання емоційного виснаження, деперсоналізації та оцінки особистих досягнень. Після завершення програми проводилися короткі індивідуальні інтерв'ю, щоб зібрати суб'єктивні враження учасників про зміни в їхньому психоемоційному стані.

Процедура апробації. Тренінг проводився в групі з 5 осіб, що забезпечило індивідуальну увагу та глибоку взаємодію. Сесії відбувалися 2 рази на тиждень протягом 2 тижнів в місці, обладнаному для комфортної роботи. Учасники дотримувалися правил конфіденційності, активної участі та поваги, створюючи безпечне середовище. Були застосовувані інтерактивні методи, зокрема вправи («Емоційний барометр», «Колесо ресурсів»), рольові ігри та групові дискусії. Учасники отримували домашні завдання, такі як практика дихальних вправ і ведення записів про емоційний стан, які обговорювалися на наступних сесіях.

Результати впровадження програми

Кількісні результати. Проведений аналіз даних за шкалою МВІ засвідчив помітне зменшення проявів емоційного вигорання – загальний рівень знизився на 12%, що відповідає очікуваним результатам. Зокрема, середній бал емоційного виснаження зменшився на 14% (із 35,0 до 30,1; статистично значуще, $p < 0,05$), рівень деперсоналізації скоротився на 12% (із 16,2 до 14,3; $p < 0,05$), а суб'єктивна оцінка професійної ефективності зросла на 10% (із 28,0 до 30,8; $p < 0,05$). Найвиразніші покращення були зафіксовані серед жінок-учасниць, які на старті мали вищі показники виснаження.

Якісні результати. Аналіз інтерв'ю виявив позитивні зрушення в емоційному самопочутті медиків. Усі п'ятеро опитаних зазначили зменшення хронічної втоми та покращення здатності регулювати стресові реакції завдяки практиці технік саморегуляції – таких як дихальні вправи та короткі паузи протягом зміни. Троє з них вказали на покращення у взаємодії з колегами після відпрацювання навичок активного слухання під час рольових вправ. Наприклад, одна з учасниць (27 років, працює у відділенні реанімації) поділилась: «Я зрозуміла, що підтримка колег для мене дуже важлива. Тепер частіше звертаюся до них, і це справді допомагає». Інший учасник (29 років, бригада швидкої допомоги) зазначив: «Під час викликів я використовую дихальні вправи – це допомагає залишатися зосередженим і не піддаватись паніці». Водночас двоє учасників повідомили, що їм складно регулярно застосовувати техніки через високий темп роботи, що вказує на необхідність адаптації інструментів до реалій медичної практики.

Оцінка ефективності. Загалом тренінг виконав поставлене завдання – допоміг зменшити рівень емоційного вигорання на 12% згідно з результатами МВІ. Якісні відгуки свідчать про підвищення психологічного комфорту, покращення професійної комунікації та зростання здатності справлятися зі стресовими ситуаціями.

Висновки до розділу 3

Розділ 3 аналізує підходи до психологічної підтримки медиків, які протидіють стресу та вигоранню в екстремальних умовах. Вигорання загрожує здоров'ю працівників і якості медичних послуг, тому профілактика є ключовою.

Профілактика вигорання потребує індивідуальних і організаційних зусиль: гнучких графіків, умов для відпочинку, психологічної допомоги. Медикам пропонуються дихальні вправи, медитація, релаксація, когнітивні методи для зниження тривожності. Дебрифінг ефективний для опрацювання гострих стресів, як-от втрата пацієнта.

Тренінг включає чотири сесії: самопізнання, саморегуляція, командна взаємодія, планування профілактики. Сесії поєднують теорію з практикою (вправи, рольові ігри, дискусії), допомагаючи застосовувати навички в роботі та зміцнювати стійкість.

Апробація відбулася в травні 2025 року в Київському медзакладі на групі з 5 медиків (3 жінки, 2 чоловіки, 25–31 рік, стаж 2–7 років). Використовувалися МВІ та інтерв'ю. Вигорання знизилося на 12%: емоційне виснаження – з 35,0 до 30,8, деперсоналізація – з 16,2 до 14,3, досягнення зросли з 28,0 до 30,6 ($p < 0,05$). Усі учасники відчули полегшення, троє покращили комунікацію. Двоє зазначили труднощі з регулярністю технік через графік.

Дослідження підтверджує, що психологічна підтримка медиків потребує комплексного підходу, який поєднує індивідуальні навички, командну взаємодію та організаційні зміни. Тренінг довів свою ефективність у зниженні вигорання та підвищенні стійкості, але для тривалого ефекту потрібні регулярні сесії та підтримка на рівні закладів. Розширення таких програм може покращити добробут медиків, зменшити професійне вигорання та підвищити якість медичних послуг.

ВИСНОВКИ

У межах цієї дипломної роботи здійснено ґрунтовне теоретичне й емпіричне дослідження феномену емоційного вигорання серед медичних працівників, з особливим акцентом на ті категорії фахівців, які працюють в умовах високої психоемоційної напруги, нестабільності й підвищеного ризику. Аналіз наукових джерел, психологічних моделей і реальних практик дозволив сформулювати цілісне уявлення про природу, перебіг і наслідки цього синдрому в медичному середовищі.

Зібрані дані підтверджують, що емоційне вигорання серед медиків не є поодиноким явищем, а масовим і системним викликом, який потребує професійної уваги. Особливу вразливість демонструють молоді спеціалісти та працівники, задіяні в надзвичайних або критичних умовах — зокрема у військових шпиталях, відділеннях реанімації, швидкій допомозі. Водночас навіть у стабільніших умовах існують фактори ризику, пов'язані з організацією праці, особистісними рисами фахівців і рівнем доступної підтримки.

Теоретичний аналіз засвідчив, що вигорання розгортається поступово й охоплює кілька взаємопов'язаних компонентів: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійної ефективності. Водночас його формування залежить не лише від індивідуальної вразливості, а й від низки зовнішніх факторів — таких як робоче середовище, зміст професійної діяльності, моральні дилеми, ресурсна забезпеченість, підтримка колективу

У практичній частині дипломного дослідження була розроблена та апробована програма психологічної підтримки медичних працівників, спрямована на профілактику і зниження симптомів вигорання. Тренінг, побудований на принципах самопізнання, емоційної саморегуляції, командної взаємодії та планування профілактичних дій, показав свою дієвість: серед учасників знизилися рівні емоційного виснаження й деперсоналізації, а відчуття професійної значущості зросло. Отримані результати свідчать про потенціал таких програм як ефективного інструмента збереження

психологічного ресурсу персоналу.

Узагальнюючи, можна зробити висновок, що проблема емоційного вигорання в медичній сфері потребує системного підходу — поєднання профілактичної роботи на рівні особистості, змін у корпоративній культурі та організаційної підтримки. Надання регулярної психологічної допомоги, створення умов для відпочинку, розвиток емоційної компетентності — все це має бути інтегрованим у практику закладів охорони здоров'я. Тільки за таких умов можливо зберегти не лише ефективність медиків, а й їхнє психічне здоров'я та бажання залишатися в професії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бовдир О. С., Вельдбрехт О. О., Самкова О. М. Психопрофілактика та подолання синдрому емоційного вигорання // Прикладна психологія. Професійна й організаційна психологія. – 2021. – Т. 32, № 6 (71). – С. 33–35.
2. Шевчук В. В. Сучасні підходи до визначення категорії “Емоційне вигорання” // Психологія особистості. – 2020. – Вип. 17. – С. 142–144.
3. Грицук О. В. Основні принципи в дослідженні синдрому емоційного вигорання в зарубіжній психології // Збірник психології. – Вип. 35. – С. 30–33.
4. Наумова В. Ю. Феномен емоційного вигорання // Освіта дорослих: енциклопедичний словник. – 2014. – С. 443–444.
5. Агапова І. М. Особливості прояву синдрому емоційного вигорання у різних категорій персоналу виробничої сфери // Емоційне вигорання – шляхи подолання: зб. матеріалів круглого столу (09.06.2022). – С. 7–8.
6. Павлюк М. М., Журавська Д. С., Клімишина Н. Психологічні чинники емоційного вигорання у професійній діяльності // Наукова стаття.
7. Олійник М. Дослідження синдрому вигорання. КПТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні // Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. – 2021. – Червень. – С. 14–18.
8. Матієнко Т. В. Емоційне “вигорання” та його особливості в професійній діяльності фахівців державних установ // Південноукраїнський правничий часопис. – 2015. – № 1. – С. 143–145.
9. Макаренко П. В., Доценко В. В., Сіроха Л. В. Психологічні особливості емоційного вигорання працівників правничих професій // Вісник Національного університету оборони України. – 2024. – № 4(80). – С. 88–94.
10. Івасюк А. М. Моделі емоційного вигорання особистості // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. – 2025. – Вип. 1. – С. 87–92.
11. Чорній С. А., Данилевич Ю. О., Даньчак С. В. Психоемоційний стан медичних сестер після використання засобів індивідуального захисту під час

догляду за хворими на COVID-19 // Тернопільський національний медичний університет. – 2024. – С. 11–13.

12. Павлюк Т. В., Толокова Т. І. Особливості емоційної сфери медичних працівників // Медсестринство. – 2018. – № 2. – С. 3–8.

13. Чорна В. В. та ін. Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я // Шляхи оптимізації: метод. рекомендації. – 2022. – С. 8–14.

14. Гаврилькевич В., Фірстова О. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену // Психологічні травелогі. – 2023. – № 2. – С. 41–50.

15. МОЗ України. Психічне здоров'я медичних працівників [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/psihichne-zdorov%E2%80%99ja-medichnih-pracivnikiv>

16. Павлюк Т. В., Толокова Т. І. Особливості емоційної сфери медичних працівників // Медсестринство. – 2018. – № 2. – С. 3–8.

17. Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2024. – Т. 9, № 3. – С. 6–12.

18. Іванова Н. М. Синдром емоційного вигорання серед лікарів [Електронний ресурс]. – 2018. – Режим доступу: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/6659-sindrom-emotsiynogo-vigorannya-sered-likariv/>

19. Чеберячко С. І., Шароватова О. П. Професійний стрес та професійне вигорання як фактори оцінки ризиків трудової діяльності. – 2023. – С. 434–435.

20. Ромашко О. В. Організаційні чинники регуляції емоційного стану працівників освіти в умовах воєнного стану.

21. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів. – Київ: Університет «Україна», 2023. – С. 47–144.

22. Кічук А. Особистісні особливості психоемоційного здоров'я. – Одеса: «ІРБІС», 2020. – С. 10–81.

23. Кокун О. М. Психофізіологія. – 2006. – С. 107–117, 127–138.

24. Каранда А. О. Вплив природних та штучних чинників на психоемоційний

- стан людини // Містобудування та територіальне планування. – С. 46–54.
25. Малхазов О. Р. Технологія формування емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій.
26. Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини – Етично-культурний підхід: матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф. – 2013.
27. Руденюк А. І., Данчук Ю. П., Ромасюкова А. В. Профілактика професійного вигорання як чинник збереження психічного здоров'я фахівців // Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Психологія. – 2024. – Т. 35 (74), № 5. – С. 58–61.
28. Аклілу Е., Хатрі Р. Б., Ерку Д. та ін. Перешкоди та стратегії розвитку кадрів первинної медико-санітарної допомоги // NLM. – 2024.
29. Зовда М. М., ван Асвеген Е. Дж. Фактори, що впливають на умови праці в державних лікарнях // International Journal of Africa Nursing Sciences. – 2017. – Vol. 6. – С. 28–38.
30. Рошан С., Шетті Г. Б., Каматх Л. Л. Р. та ін. Вплив фізичного середовища на персонал закладів охорони здоров'я: систематичний огляд літератури. – 2024.
31. Хаммісса Р. А. Г., Немутандані С., Феллер Г. та ін. Феномен вигорання: нейрофізіологічні фактори, клінічні особливості та аспекти введення пацієнтів.
32. Армстронг С. Дж., Портер Дж. Е., Ларкінс Дж. А. Вигорання, стрес та стійкість австралійської регіональної лікарні під час COVID-19: поздовжнє дослідження // BMC Health Serv Res. – 2022. – Vol. 22. – P. 1115.
33. Мілер М. Синдром вигорання у відділенні інтенсивної терапії. Майбутні напрямки досліджень // Літопис Американського торакального товариства. – 2016.
34. Хант Б. 12 стадій вигорання [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://clincilesalpes.com/blog/the-12-stages-of-burnout/?utm_source
35. Громцева О. Уявлення про професійне вигорання медичних працівників та дослідження його феноменології // European Journal of Management Issues. –

2022. – Т. 27, № 3–4. – С. 63–72.

36. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. – 2021.

37. Теренда Н. Професійне вигорання – одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2021.

38. Кавецька Н. Професійне вигорання серед медичних працівників: психологічні аспекти. – 2021.

39. Ретявко О. В. Проблема вигорання у медичних працівників та способи корекції // Медичний портал ITMED. – 2021.

40. Романенко С. В., Марчук І. А., Жарлінська Р. Г., Лепетан І. М. Психологічна підтримка медичного персоналу: управлінські рішення для зменшення рівня емоційного вигорання. – 2025.

41. Романовська Л. Методи ефективної психологічної допомоги постраждалим під час війни // Науковий часопис Хмельницького національного університету. – 2024.

42. Пасічник В. І., Ліпатов І. І., Шестопалова Л. Ф., Приходько І. І. Теорія та практика психологічної допомоги. – 2011. – С. 115–140.

43. Короход Я. Д., Лазор К. П. Основи психологічної допомоги, психоконсультавання та психокорекції. – Одеса: Нац. ун-т «Одеська юридична академія», 2021.

44. Терещук А. Основні аспекти психологічної допомоги постраждалим внаслідок воєнної травматизації. – С. 278–286.

45. Панюк В. Г., Чаплак Я. В., Андрєєва Я. Ф. Основи психологічної допомоги. – 2019. – С. 99–192.

46. Психологічна допомога особистості у воєнний період // Матеріали VII Всеукраїнських психологічних читань «Удосконалення професійної майстерності майбутніх психологів».

47. Бойко В. В. Методика діагностики емоційного вигорання [Електронний

ресурс]. – Режим доступу: https://vzia.khmnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/5/bojko_opytuvalnyk.pdf

48. Діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Е. Водоп'янової) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://vseosvita.ua/library/diagnostika-profesijnogo-vigoranna-k-maslac-s-dzekson-v-adaptacii-n-e-vodopanovoi-460627.html>

49. Опитувальник Спілбергера–Ханіна (СХ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://studentam.net.ua/content/view/10952/86/>

50. Burnout Measure (методика Аарона Пайнса) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://scales.arabpsychology.com/s/burnout-measure/?utm_source.com

ДОДАТКИ

Додаток А

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В. В. БОЙКО

Інструкція. Якщо ви є професіоналом у будь-якій сфері взаємодії з людьми, вам буде цікаво побачити, наскільки у вас сформувалася психологічний захист у формі емоційного вигорання. Читайте судження і відповідайте «так» або «ні». Врахуйте, що якщо у формулюваннях опитувальника йдеться про партнерів, то маються на увазі суб'єкти вашої професійної діяльності - пацієнти, клієнти, споживачі, замовники, учні та інші люди, з якими ви щодня працюєте.

1. Організаційні недоліки на роботі постійно змушують нервувати, переживати, напружуватися. 2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, аніж на початку кар'єри. 3. Я помилився у виборі професії чи профілю діяльності (займаю не своє місце). 4. Мене непокоїть те, що я почав гірше працювати (менш продуктивно та якісно, повільніше). 5. Теплота взаємодії з учнями та колегами дуже залежить від мого настрою – гарного чи поганого. 6. Від мене як від професіонала мало залежить благополуччя закладу. 7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені

хочеться побути наодинці, щоб зі мною ніхто не спілкувався. 8. Коли я відчуваю стомленість чи напругу, то намагаюсь швидше згорнути взаємодію у спілкування з колегами. 9. Мені здається, що емоційно я часто не можу дати учням того, що вимагає професійний обов'язок. 10. Моя робота часом притуплює емоції. 11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі. 12. Буває, що я погано засинаю (сплю) через переживання, пов'язані з роботою. 13. Взаємодія на роботі вимагає від мене значної напруги. 14. Робота з людьми і дітьми приносить все менше задоволення. 15. Я змінив би місце роботи, коли б з'явилася можливість. 16. Мене часто засмучує те, що я через втому не завжди можу належним чином надати колегам, учням, їх рідним професійну підтримку, послугу, допомогу. 17. Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою на ділові контакти. 18. Мене дуже засмучує, коли щось не ладиться у стосунках зі співробітниками. 19. Я настільки втомлююсь на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися як можна менше. 20. Через нестачу часу, втомленість чи напруження часто приділяю уваги рідним менше, ніж належить. 21. Інколи найзвичайніші ситуації спілкування на роботі викликають роздратування. 22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії колег по роботі. 23. Спілкування з колегами спонукає мене сторонитися людей. 24. Від згадки щодо деяких колег по роботі у мене псується настрій. 25. Конфлікти та суперечності з колегами забирають багато сил та емоцій. 26. Мені все важче встановлювати та підтримувати соціальні та професійні контакти. 27. Обстановка на роботі мені здається дуже важкою, складною. 28. В мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має трапитися, як би не допустити помилку, чи зможу зробити все так, як треба, чи не скоротять тощо. 29. Коли колега мені неприємний, я намагаюся обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги. 30. У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу: "не роби людям добра, не отримаєш зла". 31. Я охоче розповідаю домашнім про свою роботу. 32. Бувають дні, коли мій емоційний стан погано

позначається на результатах роботи (менше встигаю зробити, знижується якість, трапляються конфлікти). 33. Інколи я відчуваю, що треба проявити до колеги емоційну чуйність, але не можу внаслідок виснаження. 34. Я дуже переживаю за свою роботу. 35. Колегам по роботі приділяю уваги та турботи більше, ніж отримую від них вдячності. 36. Від думки про роботу мені зазвичай стає не по собі: починає колоти у ділянці серця, підвищується тиск, з'являється головний біль. 37. В мене хороші (цілком задовільні) відносини з безпосереднім керівником. 38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота приносить користь людям. 39. Останнім часом (або як завжди) мене переслідують невдачі на роботі. 40. Деякі випадки з моєї роботи викликають глибоке розчарування та зневіру. 41. Бувають дні, коли контакти з колегами складаються гірше, аніж звичайно. 42. Я розумію колег та учнів (суб'єктів діяльності) останнім часом гірше, аніж звичайно. 43. Втоменість від роботи призводить до того, що я намагаюсь скоротити спілкування с друзями та знайомими. 44. Зазвичай я проявляю зацікавленість до колег по роботі більше, ніж це стосується справи. 45. Звичайно я приходжу на роботу відпочившим, зі свіжими силами, з гарним настроєм. 46. Я інколи ловлю себе на тому, що працюю автоматично, без душі. 47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого. 48. Після спілкування з окремими колегами в мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття. 49. На роботі я відчуваю постійне фізичне чи психічне перевантаження. 50. Успіхи в роботі надихають мене. 51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається мені безвихідною (майже безвихідною). 52. Я втратив спокій через роботу. 53. Протягом останнього року була скарга (були скарги) на мою адресу з боку колег. 54. Мені вдається зберігати нерви завдяки тому, що більшість з того, що відбувається, я не сприймаю близько до серця. 55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції. 56. Я часто працюю понад силу. 57. Раніше я був більш чуйним та уважним на роботі, аніж тепер. 58. В роботі з людьми керуюся принципом: не витрачай нерви,

бережи здоров'я. 59. Інколи йду на роботу з важким відчуттям: як все набридло, нікого б не бачити й не чути. 60. Після напруженого робочого дня я відчуваю нездужання. 61. Контингент, з яким я працюю, дуже складний. 62. Інколи мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю. 63. Коли б мені поталанило з роботою, я був би більш щасливий. 64. Я в розпачі від того, що на роботі в мене серйозні проблеми. 65. Інколи я поведжусь зі своїми учнями так, як не хотів би, щоб поводитись зі мною. 66. Я осуджую колег, які розраховують на особливу увагу. 67. Найчастіше після робочого дня в мене немає сил займатися домашніми справами. 68. Зазвичай я прискорюю час: скоріше б робочий день закінчився. 69. Стани, прохання, потреби колег та учнів зазвичай мене щиро турбують. 70. Працюючи з людьми, я звичайно ніби ставлю екран, який захищає від чужих страждань та негативних емоцій. 71. Робота з людьми дуже розчарувала мене. 72. Щоб поновити сили, я часто приймаю ліки. 73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно та легко. 74. Мої вимоги до роботи, яку я виконую, вищі, аніж те, чого я досягаю. 75. Моя кар'єра склалася вдало. 76. Я дуже нервую через все, що пов'язане з роботою. 77. Декого зі своїх знайомих людей я не хотів би бачити й чути. 78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям, забуваючи про власні інтереси. 79. Моя втомленість на роботі мало впливає (ніяк не впливає) на спілкування з домашніми та друзями. 80. При можливості я приділяю колегам менше уваги, але так, щоб вони цього не помітили. 81. Мене часто підводять нерви при спілкуванні з людьми на роботі. 82. До всього (або майже до всього), що трапляється на роботі, я втратив інтерес, живе відчуття. 83. Робота з людьми погано вплинула на мене як на професіонала – зробила злим, нервовим, притупила емоції. 84. Робота з людьми явно підриває моє здоров'я.

КЛЮЧ ФАЗА «НАПРУЖЕННЯ» 1. ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ОБСТАВИН +1(2),+13(3),+25(2),-37(3),+49(10),+61(5), -73(5) Σ = 2. НЕЗАДОВОЛЕНІСТЬ СОБОЮ - 2(3),+14(2),+26(2),-38(10), -50(5),+62(5),+74(3) Σ = 3. ВІДЧУТТЯ

ЗАГНАНОСТІ В КУТ +3(10),+15(5),+27(2),+39(2),+51(5),+63(1), -75(5) $\Sigma= 4$.
 ОЗНАКИ ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ +4(2),+16(3),+28(5),+40(5),+52(10),+64(2),
 +76(3) $\Sigma= \Sigma=$ ФАЗА «РЕЗИСТЕНЦЯ» 1. НЕАДЕКВАТНЕ ВИБІРКОВЕ
 ЕМОЦІЙНЕ РЕАГУВАННЯ +5(5),-17(3),+29(10),+41(2),+53(2),+65(3), +77(5)
 $\Sigma= 2$. ЕМОЦІЙНОМОРАЛЬНА ДЕЗОРІЄНТАЦІЯ +6(10),-
 18(3),+30(3),+42(5),+54(2),+66(2), -78(5) $\Sigma= 3$. РОЗШИРЕННЯ СФЕРИ
 ЕКОНОМІЇ ЕМОЦІЙ +7(2),+19(10),-31(2),+43(5),+55(3),+67(3), -79(5) $\Sigma= 4$.
 РЕДУКЦІЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ +8(5),+20(5),+32(2),-
 44(2),+56(3),+68(3), +80(10) $\Sigma= \Sigma=$ ФАЗА «ВИСНАЖЕННЯ» 1.
 ЕМОЦІЙНИЙ ДЕФІЦИТ +9(3),+21(2),+33(5),-45(5),+57(3), -69(10),+81(2) $\Sigma=$
 2. ЕМОЦІЙНА ВІДСТОРОНЕНІСТЬ +10(2),+22(3), -
 34(2),+46(3),+58(5),+70(5),+82(10) $\Sigma= 3$. ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ
 +11(5),+32(3),+35(3),+47(5),+59(5),+72(2), +83(10) $\Sigma= 4$.
 ПСИХОСОМАТИЧНІ І ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ
 +12(3),+24(2),+36(5),+48(3),+60(2),+72(10), +84(5)

Додаток Б

Діагностика професійного “вигорання” (к. Маслач, с. Джексон в адаптації н. Е. Водоп'янової)

Будь ласка, дайте відповідь, як часто Ви відчуваєте почуття, перераховані в кожному з пунктів опитувальника. Над відповідями довго не замислюйтесь, відповідайте, керуючись першим враженням.

| | Ніколи дуже рідко іноді часто дуже часто кожен день | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| 1. Я відчуваю себе емоційно спустошеним . | | | | | |
| 2. Після роботи я відчуваю себе як «вичавлений лимон». | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 3. Вранці я відчуваю втому і небажання йти на роботу. | | | | | |
| 4. Я добре розумію, що відчувають діти та колеги, та використовую це в інтересах справи. | | | | | |
| 5. Я спілкуюся з дітьми, батьками, колегами цілком формально, без зайвих емоцій, і намагаюся звести спілкування з ними до мінімуму. | | | | | |
| 6. Після роботи на деякий час хочеться усамітнитися від усіх і всього. | | | | | |
| 7. Я вмю знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях. | | | | | |
| 8. Я відчуваю пригніченість і апатію. | | | | | |
| 9. Я можу позитивно впливати на продуктивність роботи дітей та колег. | | | | | |
| 10. Останнім часом я став більш черствим (нечутливим) у ставленні до тих, з ким працюю. | | | | | |
| 11. Як правило, оточуючі мене люди багато вимагають від мене та маніпулюють мною. Вони скоріше втомлюють, ніж радують мене. | | | | | |
| 12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю в їх здійснення. | | | | | |
| 13. У мене все більше життєвих розчарувань. | | | | | |
| 14. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене раніше. | | | | | |
| 15. Іноді мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими дітьми і колегами. | | | | | |
| 16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| усього і всіх. | | | | | | |
| 17. Я можу легко створити атмосферу доброзичливості і співпраці при спілкуванні з дітьми та колегами. | | | | | | |
| 18. Я легко спілкуюся з людьми незалежно від їх статусу і характеру. | | | | | | |
| 19. Я багато встигаю зробити. | | | | | | |
| 20. Я відчуваю себе на межі можливостей. | | | | | | |
| 21. Я багато чого ще зможу досягти в своєму житті. | | | | | | |
| 22. Іноді колеги перекладають на мене вантаж своїх проблем і обов'язків. | | | | | | |

Додаток В

Опитувальник Спілбергера-Ханіна (СХ)

Опитувальник Ч. Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала "Як ви себе почуваєте в даний момент?") та 21-40 - для визначення особистісної тривожності (шкала "Як Ви себе почуваєте звичайно?"). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистісної тривожності. Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

1. Я спокійний.
2. Мені нічого не загрожує.

3. Я напружений.
4. Я відчуваю співчуття.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я прикро вражений.
7. Мене хвилюють можливі негаразди.
8. Я відчуваю себе відпочившим.
9. Я насторожений.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений (накручений в собі).
15. Я не відчуваю напруги і скованості.
16. Я задоволений.
17. Я заклопотаний.
18. Я занадто збуджений і мені ніяково.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.

21. Я відчуваю задоволення.
22. Я швидко втомлююсь.
23. Я легко можу заплакати.
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.
25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.
26. Я почуваю себе бадьорим.
27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.
28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.
29. Я занадто переживаю через дрібниці.

30. Я буваю повністю щасливий.
31. Я приймаю все занадто близько до серця.
32. Мені не дістає впевненості у собі.
33. Я почуваю себе в безпеці.
34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.
35. У мене буває хандра.
36. Я задоволений.
37. Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.
39. Я врівноважена людина.
40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.

Додаток Г

Методика вигорання Аайрона Пайанса

Відповіді отримуються за 7-бальною шкалою Лікерта, де 1 = *ніколи*, 2 = *зрідка*, 3 = *рідко*, 4 = *іноді*, 5 = *часто*, 6 = *зазвичай* та 7 = *завжди*.

1. Бути втомленим
2. Бути втомленим
3. Відчуття депресії
4. Бути стурбованим
5. Гарного дня
6. Відчуваючи розчарування та
7. Фізичне виснаження, образа
8. Емоційне виснаження
9. Бути слабким і вразливим
10. Бути щасливим до хвороби

- 11.Бути «знищеним»
- 12.Відчуття безнадії
- 13.Більше не можу цього терпіти
- 14.Відчуття відторгнення
- 15.Бути нещасним
- 16.Відчуваю оптимізм
- 17.Відчуття виснаження
- 18.Відчуття енергії
- 19.Відчуття пастки
- 20.Відчуття тривоги
- 21.Відчуття нікчемності