

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Гінчер Олександр Павлович

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

на тему: «Вигорання медичних працівників у психіатрії»

Керівник:

Костюк Олена Іванівна,

кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри педагогіки,
психології, медичного та фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л.
Шупика

Рецензент:

Гірник Андрій Миколайович,

кандидат філософських наук, професор кафедри психології та педагогіки НУ
Києво-Могилянська академія

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані
здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

О.П. Гінчер

(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

професор В.В. Краснов

(підпис)

Київ – 2024

Анотація

Магістерська робота присвячена дослідженню синдрому професійного вигорання у медичних працівників психіатрії в умовах воєнного стану в Україні. У роботі проаналізовано історію поняття "емоційне вигорання", розкрито теоретичні аспекти формування та проявів цього синдрому, зокрема в медичних працівників, що працюють у сфері психіатрії. Проведено емпіричне дослідження на базі Київської міської психіатричної лікарні №1 ім. І.П. Павлова з використанням методик В. Бойка та Масlach-Джексона для діагностики рівнів вигорання.

На основі отриманих результатів розроблено програму корекції синдрому вигорання, що включає психологічну підтримку, профілактичні заходи, індивідуальну та групову психотерапію. Робота спрямована на покращення емоційного стану медичних працівників, оптимізацію їхнього професійного функціонування та підвищення стійкості до стресу.

Abstracts

The master's thesis is devoted to the study of professional burnout syndrome in psychiatric healthcare workers under martial law in Ukraine. The work analyzes the history of the concept of “emotional burnout”, reveals the theoretical aspects of the formation and manifestations of this syndrome, in particular, in medical professionals working in the field of psychiatry. An empirical study was conducted on the basis of the Kyiv City Psychiatric Hospital No. 1 named after I.P. Pavlov using the methods of V. Boyko and Maslach- Jackson to diagnose the levels of burnout.

Based on the results obtained, a program for the correction of burnout syndrome was developed, including psychological support, preventive measures, individual and group psychotherapy. The work is aimed at improving the emotional state of healthcare workers, optimizing their professional functioning, and increasing their resistance to stress.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ПСИХІАТРІЇ.....	8
1.1 Історія вивчення терміну вигорання.....	8
1.2 Концепція синдрому вигорання в психології та психіатрії.....	19
1.3 Особливості формування та прояву синдрому вигорання у медичних працівників.....	27
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	37
2.1 Характеристика вибірки та методи дослідження.....	37
2.2 Аналіз результатів дослідження.....	44
РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРІЇ.....	51
3.1 Обґрунтування корекційної програми для медичних працівників з синдромом вигорання.....	51
3.2 Задачі корекційної програми для медичних працівників з синдромом вигорання.....	56
3.3 Опис методики корекції синдрому вигорання у медичних працівників психіатрії.....	58
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	81

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний стиль життя можна охарактеризувати здійсненням мультифункціонального впливу на всі сфери життя та здоров'я. Особливо дане трактування є актуальним в час воєнного стану в Україні, коли у великій кількості збільшилося фізичне і психологічне навантаження на медичний персонал. Одна із важливих складових здоров'я - це психічне здоров'я. Психічне здоров'я забезпечується завдяки самооцінці індивідуума, здійсненим впливом оточення, сім'ї, відносинами в трудовому колективі. В останні часи підвищується рівень вимог щодо психологічних ресурсів людини, що пов'язані з соціально-економічною нестабільністю в державі та безперервними, широкомасштабними авіаударами по території України. Дане зумовлює збільшення масових специфічних соціально-психологічних явищ, в тому числі і емоційне і професійне вигорання.

Саме вигорання являється одним із інтегральних критеріїв щодо оцінювання впливу професійного стресу на персонал. Найчастіше професійне вигорання розвивається у працівників, що постійно підтримують комунікацію з людьми. Сюди можна віднести і роботу медичних працівників психіатрії.

Поняття «вигорання» ввів американський психіатр Г. Фрейденбергер у 1974 р. з метою характеристики психічного стану людей, що мають інтенсивне спілкування з клієнтами. Потім теорію вивчили та розвинули провідні психологи. На сучасному етапі найкращим є підхід, що був запропонований американськими дослідниками К. Маслач та С. Джексон.

Від 25 до 75% медичних працівників по всьому світі стикаються з вигоранням різного рівня тяжкості. А саме протягом останніх 5-ти років вигорання серед лікарів США збільшилося із 45 до 54%. За даними англійських дослідників, серед лікарів є високий ступінь тривоги (41% випадків) та клінічно вираженої депресії (26% випадків). Окремі дослідження визначають ступінь професійного вигорання у лікарів психіатрії на рівні 23,5

%. Одночасно 30% лікарів застосовують медикаментозні засоби з метою корекції емоційного напруження, а чисельність уживаного алкоголю лікарями є вище середнього рівня у загальній популяції. Ендогенні і екзогенні чинники медичної професії можуть зумовити як психологічний дискомфорт у фахівця, так і зміни у його відношенні щодо пацієнтів, що виявляється станом виснаження (фізичного та емоційного), розвитком негативної самооцінки і відношенням щодо роботи, втратою розуміння і співчуття до пацієнтів [45]. Синдром професійного вигорання є індикатором порушення здоров'я працівників медичної сфери [11].

Синдром вигорання у лікарів виявляється в зменшенні зацікавленості в діяльності, зростанні витрат часу на встановлення діагнозу. Професійно втомлені лікарі можуть поставити невірний діагноз, призначати неправильні методи лікування, затримуватися довше на роботі або ж раніше йти додому. У колективі дане проявляється відособленістю від колег. З'являються шкідливі звички, що буде мати погані наслідки не тільки для медичного працівника, але і всього медичного колективу тому, що він має доступ до різних лікарських засобів.

Медики кожен день зіштовхуються з питанням низьких ресурсних змог державної системи охорони здоров'я, постійним впровадженням реформ і низькою оцінкою праці, що є стимулом до утворення у даних фахівців хронічного стресового стану. Висока стресогенність діяльності лікарів пов'язана також із перенасиченням комунікативної сфери, в тому числі характером спілкування, високим рівнем відповідальності і незмогою в низці випадків здійснити зміну несприятливому перебігу ходу речей. небезпечний чинник це також те, що медичні працівники, що страждають від синдрому вигорання, в домінуючій чисельності не спостерігають його за собою, а отже не мають змоги допомогти собі самотійно.

Проблемою психологічних аспектів медичної праці зі сторони психології медичних працівників і подолання впливу негативних факторів на психологічний стан медичних працівників займалися науковці: Д. Асонов, Л.

Березовська, Н. Булатевич, А. Галян, В. Дудяк, О. Мірошніченко, Л. Лотоцька-Голуб, О. Ретявко, Л. Юр'єва та інші.

Іноземні науковці, які досліджували це питання відносно явища емоційного вигорання працівників та його профілактики: Jordan K., Maslach C., Freudenberger H., Schaufeli W., Prosser D., Onyett S., Pillinger T., Muijen M., Thomsen S., Demerouti E., Buckley M., Biebel E. та інші.

Незважаючи на численні дослідження, частина зазначеної проблеми на сучасному етапі ще є недостатньо вивченою і висвітленою. Даним є обумовлений вибір теми цього дослідження.

Мета дослідження – вивчити наявність та рівень вигорання у працівників Київської міської психіатричної лікарні №1 ім. І.П. Павлова.

Завдання дослідження:

- дослідити історію вивчення терміну вигорання;
- навести концепцію синдрому вигорання в психології та психіатрії;
- охарактеризувати особливості формування та прояву синдрому вигорання у медичних працівників;
- провести емпіричне дослідження особливостей вигорання медичних працівників;
- здійснити аналіз результатів дослідження;
- розробити програму корекції синдрому вигорання у медичних працівників психіатрії.

Об'єкт дослідження – синдром вигорання.

Предмет дослідження – формування, прояв, наявність та рівень вираженості вигорання у медичних працівників психіатрії.

Методи дослідження:

теоретичні: теоретико-методологічний аналіз літературних джерел, узагальнення, систематизація теоретичних даних;

емпіричні: бесіда, психодіагностичне тестування із використанням комплексу методик: діагностика рівня емоційного вигорання В. Бойко та діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон).

методи статистичної обробки даних: кількісний та якісний аналіз результатів діагностики з відбиттям результатів у табличному та графічному варіантах, що дало змогу здійснити об'єктивну діагностику та забезпечити вірогідність результатів.

Наукова новизна. Було проаналізовано формування, прояв, наявність та рівень вираженості професійного вигорання у медичних працівників Київської міської психіатричної лікарні №1 ім. І.П. Павлова у період воєнного стану.

Практичне значення одержаних результатів полягає у зможі використання результатів роботи з метою практичної реалізації в роботі психологів для ефективного розв'язання питань наслідків впливу негативних факторів вигорання у медичних працівників і в роботі практичних психологів, у вигляді засобу удосконалення процесів діагностики і профілактики емоційного виснаження і професійно-емоційного вигорання у медичних працівників в сучасних важких умовах здійснення ними професійної діяльності.

Апробація результатів роботи. Результати досліджень, що включені до магістерської роботи, були представлені на науково-практичній конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 5.0», що відбулася 24 травня 2024 року в НУОЗ України імені П.Л. Шупика.

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на ___сторінках і складається із вступу, 3-х розділів, висновків, списку використаної літератури у кількості 112 та 4 додатків.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ПСИХІАТРІЇ

1.1 Історія вивчення терміну вигорання

Історія дослідження терміну вигорання має більше 4-х десятиліть. Необхідно сказати, що вперше застосоване наукою поняття «емоційне вигорання» – «злиття», «вигорання» – належав Г. Фрейденбергу. В 1974 р., він здійснив систематизацію цього явища в праці «Вигоряння персоналу» [66]. Він досліджував явище, яке спостерігається у випадку виснаження енергії у професіоналів в галузі соціальної допомоги людям, і здійснив опис «професійного вигоряння» медичних працівників на основі декількох років спостережень за персоналом однієї з клінік, яка займалася лікуванням наркозалежних. Г. Фрейденберг здійснював дослідження поведінкових, мотиваційних, фізичних і емоційних симптомів вигорання. Така термінологія використовувалася з метою характеристики психологічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному спілкуванні з пацієнтами в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги [66, с.160], тоді як раніше термін «burnout» використовувався з метою позначення залежності від наркотичних речовин [65, с. 14]. Паралельно з Г. Фрейденбергом в Каліфорнії соціальний психолог К. Масlach здійснювала дослідження копінг-стратегій, що застосовують спеціалісти, які здійснюють свою діяльність у сфері «людина–людина», а саме досліджувалися наступні аспекти неефективних копінг-стратегій, як відсторонене відношення до пацієнтів і деморалізація. На основі обстеження осіб, що здійснюють свою діяльність у галузі соціальних професій (лікарів-психіатрів, терапевтів, медсестер, співробітників притулків), вона виокремила 3 компоненти вигорання, про які їй повідомила велика кількість обстежуваних: першим компонентом було зменшення емоцій – «емоційне виснаження». Другим компонентом було цинічне (дистанційоване, байдуже) відношення щодо своїх пацієнтів. Третім компонентом було зменшення

особистісних вимог (редукція данперсональних досягнень) – зменшення професійної ефективності завдяки емоційному дисбалансу. Внаслідок Масlach з колегами запропонувала застосовувати поняття «вигорання» відносно людей, що здійснюють свою діяльність у галузі «професій, що допомагають». «Вигорання є синдромом емоційного виснаження, деперсоналізації і зменшенням особистісної результативності, що може утворюватися поміж спеціалістів, які займаються різними видами «професій, що допомагають» [80, с.8].

Кожен з науковців вносив в термін «burnout» своє суб'єктивне розуміння питання, що в підсумку призвело до відсутності однозначного трактування суті вигорання [91, с.39]. Наявні протиріччя та передумови визначили потребу у розробці єдиної наукової концепції, яка демонструє мультидисциплінарний підхід щодо оцінювання та опису даного стану. В 1990 р. в Кракові (Польща) відбулася перша європейська конференція (First European Conference Professional Burnout), що була присвячена різноманітним аспектам професійного вигорання спеціалістів. За матеріалами даної конференції в 1993 р. був опублікований Збірник наукових статей «Professional Burnout: Recent Developments In Theory And Research» під редакцією відомих вчених (В. Шауфелі [101] К. Масlach [78]), який (неодноразово перевиданий) надалі став базисом уявлень щодо стану вигорання та став основою для майбутніх досліджень, які піднімають у своїх цілях вивчення цієї проблеми. З часу публікації даної збірки вигорання стає предметом значної чисельності наукових досліджень і тематичних монографій (Д.Проссер [95]. С. Онъетт, Т. Піллінгер, М. Муен [89], С. Томсен [107], Е. Демероуті [62], Дж. Халбеслебен, М. Баклі [70], Е. Бібель [53]).

На сучасному етапі у фахових літературних джерелах використовують декілька варіантів перекладу англійського терміну «burnout»: «емоційне вигорання», «емоційне перегорання», «емоційне згорання», «емоційне виснаження», «психічне вигорання», «сидром професійної деформації», «синдром емоційної (професійної) деформації», «професійне вигорання».

Дане термінологічне різноманіття утворило розвиток формування великої чисельності теорій професійного вигорання. А отже, утворюється потреба у визначенні теоретичних концепцій даного феномену (рис. 2.1).

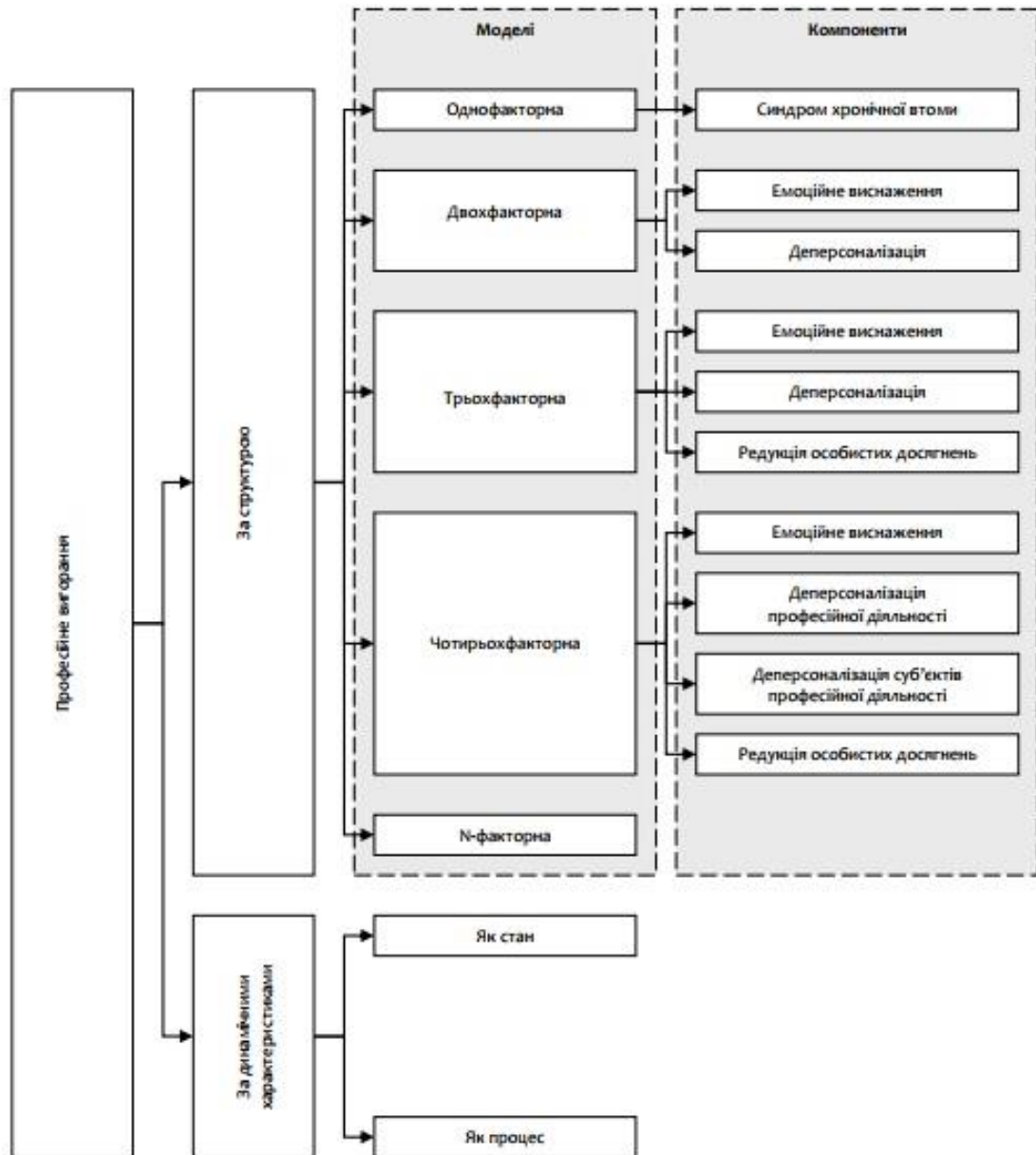


Рис. 2.1 Концептуальні моделі професійного вигорання [9, с.78]

Вихідною теорією є однофакторна модель професійного вигорання – це синдром хронічної втоми, верифікація визначень якого дає змогу виокремити наступні. За думкою Л. Кузнєцової, В. Фролова, М. Пересадіна [73, с.407], синдром хронічної втоми можна охарактеризувати надмірною і важкою втомою. Не беручи до уваги широке дослідження даного питання, синдром хронічної втоми – ще є недостатньо відомим станом, який вперше було

описано у 1984 р. А. Ллойдом і іншими у статті «Immunological abnormalities in the chronic fatigue syndrome» [86, с.122], а надалі – у 1989 р. – Д. Бухвальдом у статті «The post infectious chronic fatigue syndrome: laboratory abnormalities» [59, с.419]. Як стверджують дослідники Л. Кузнєцова, В. Фролов, М. Пересадін [73, с.407], ознаками синдрому хронічного вигорання являється хронічна втома, що не зникає навіть після відпочинку та призводить з часом до значного зменшення працездатності як розумової, так і фізичної.

У відмінності від Г. Фрейденберга [66], як стверджує О. Полякова [94, с.279], автори однофакторної моделі емоційного вигорання А. Пайнс та Е. Айронсон [93, с.129] надали більш широкого визначення вигорання, додавши фізичні симптоми і запропонували, що емоційне вигорання не має обмежень в місці, де працює працівник. Вони характеризують вигорання у вигляді стану фізичного, емоційного і когнітивного виснаження, який був викликаний тривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях.

Виснаження являється головною детермінантою, а інші прояви дисгармонії переживань і поведінки являються наслідком. Так, фізичне виснаження можна охарактеризувати низьким енергетичним ступенем, слабкістю, хронічним безсонням та широкою низкою фізичних та психосоматичних скарг. У свою чергу, емоційне виснаження пов'язують з почуттям безпорадності, безнадійності і обману, що в екстремальному випадку може привести до емоційного вибуху, а когнітивне виснаження – з розвитком негативних установок по відношенню до себе, своєї роботи і життя в цілому [2, с.12].

Науковці особливу увагу приділяли зв'язку між мотивацією та «вигоранням». А саме, дані мотиви трудової діяльності у вигляді задоволеності заробітною платою, відчуття значущості і потреби на робочому місці, кар'єрне зростання та просування по службі, особистісний розвиток, самостійність та ступень контролю зі сторони адміністрації та ін. Як вони стверджують, прямого зв'язку синдрому «вигорання» зі ступенем заробітної плати не було виявлено. Але незадоволеність кар'єрним ростом та установка

на підтримку зі сторони адміністрації виявилися більш пов'язаними із розвитком синдрому «вигорання». Також було відмічено, що діяльність в силових структурах може бути віднесена до професій, що вимагають значного емоційного навантаження, відповідальності і мають досить невизначені показники успіху. Тому представники даних професій є найбільш схильними до синдрому вигорання.

А тому, на думку науковців однофакторної моделі, емоційне вигорання може бути як в рамках професії, так і за рамками професійної діяльності.

Процесуальна модель професійного вигорання Б. Перлмана і Е. Хартмана [91] була описана ними у 1982 р. і акцентує увагу на тенденціях синдрому професійного вигорання. Тобто синдром професійного вигорання є процесом, який проходить у часі із наростаючим рівнем інтенсивності. Згідно з даною моделлю на першому етапі умови адаптації викликають напругу, що не припиняється до настання другого етапу, де напруга посилюється до стресового ступеню. Третій етап супроводжують реакції основних 3-х класів (фізіологічні, афективно-когнітивні, поведінкові) в індивідуальних варіаціях та відповідних соматичних проявах. Четвертий етап, це емоційне вигорання у вигляді багатогранного переживання хронічного психологічного стресу. Будучи негативним наслідком психологічного стресу, переживання вигорання проявляється як фізичне і емоційне виснаження (рис. 1.2).

Далі дослідження питання вигорання набуло міждисциплінарний характер, і до його вивчення приєдналися соціологи, практикуючі лікарі, працівники освіти та навіть юристи. Подальші публікації на початку не мали строго наукового характеру.

У 1994 р. голландськими науковцями Д. Дірендонк, В. Шауфелі, Х. Сіксма [110, с.88] була сформована двохфакторна модель емоційного вигорання на підставі досліджень серед медсестер. Згідно з цієї моделі в підґрунті синдрому емоційного вигорання покладена двохмірна конструкція, що поєднує емоційне виснаження і деперсоналізацію. У цій моделі емоційне виснаження, яке одержало найменування «афективного» компоненту,

відноситься до галузі скарг на своє здоров'я, фізичне самопочуття, нерве напруження, емоційне виснаження. Другим компонентом є деперсоналізація, який одержав найменування «установочного» є пов'язаним з негативним відношенням в рівній мірі як до реципієнтів, так і до себе.

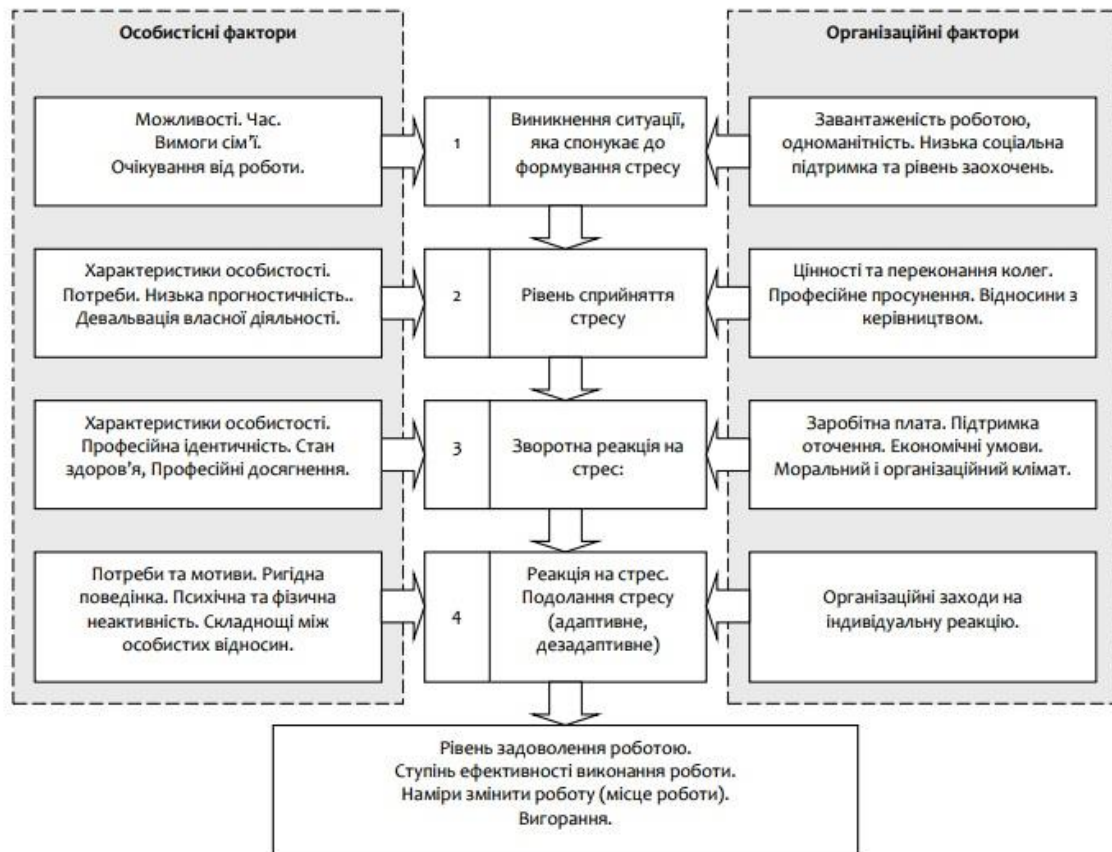


Рис. 1.2 Модель розвитку професійного стресу та професійного вигорання за Б. Перлманом та Е. Хартманом [91, с.40]

Інший вид двохфакторної моделі, це модель Е. Махер [76, с.16] і К. Кондо [72, с.36]. В межах даної моделі проблема професійного характеру майже відразу почали досліджувати як значущі поряд з психофізіологічною конструкцією, що виражена через енергійність, гнучкість та емоційність. Синдром «емоційного вигорання» є формою дезадаптації до робочого місця через надмірне робоче навантаження і порушення міжособистісних відносин. Даному визначенню є відповідним припущення, що було висунуте К. Кондо [72, с.37], в якому автор зазначає, що «трудоголіки» – це ті, хто альтруїстично та надмірно інтенсивно працюють з людьми, «згорають» швидше. Така емоційна напружена виснажлива діяльність, що супроводжувалась надмірною

витратою психічної енергії, призводить до психосоматичної втоми і емоційного виснаження. Дане може призвести до занепокоєння (тривоги), подразнення, зменшення самооцінки на фоні прискореного серцебиття, задишки, шлунково-кишкових розладів, головного болю, зниженого тиску, порушення сну.

У 1993 р. на конференції в Сан-Франциско консиліумом зарубіжних науковців у галузі психічного здоров'я вперше була висунута єдина концепція вигорання, незважаючи на те, що думки науковців однозначними не були.

Концепція мала в собі такі положення [10, с. 48]:

1. вигорання має трикомпонентну структуру – «емоційне виснаження», «відгороджене (дистантне) відношення до пацієнтів і «редукцію персональних досягнень».
2. вигорання має відносно незворотний характер.
3. вигорання головним чином утворюється в середовищі спеціалістів, які працюють з людьми.

За думкою низки науковців існує 4-та ознака вигорання - нудьга (Л. Лотоцька-Голуб [30], І. Федік [33]). Інша частина науковців нудьгу відносить до емоції чи до настрою (Л. Юр'єва [39]). У своєму дослідженні І. Мудренко, О. Потапов, Д. Сотніков [29], нудьгу віднесли до фізичних (нарівні з стомлюваністю та апатією) та когнітивних симптомів. Інші науковці включають, крім зазначених, наступні компоненти вигорання у вигляді «ірраціональної установки», «катастрофізації», депресивного та тривожного компонентів (О. Мірошніченко [28]).

Згідно з процесною моделлю М. Буріша [60, с.118], розвиток професійного вигорання проходить низку фаз і стадій (рис. 1.3).

Узагальнюючи особливості даної моделі, М. Буріш стверджує, що на початку утворюються надмірні енергетичні витрати для високої позитивної професійної мотивації, потім утворюються почуття втоми, розчарування і зменшення цікавості до роботи. Сильний рівень залежності від професії призводить в результаті до повного розпаду та безглуздості життя.

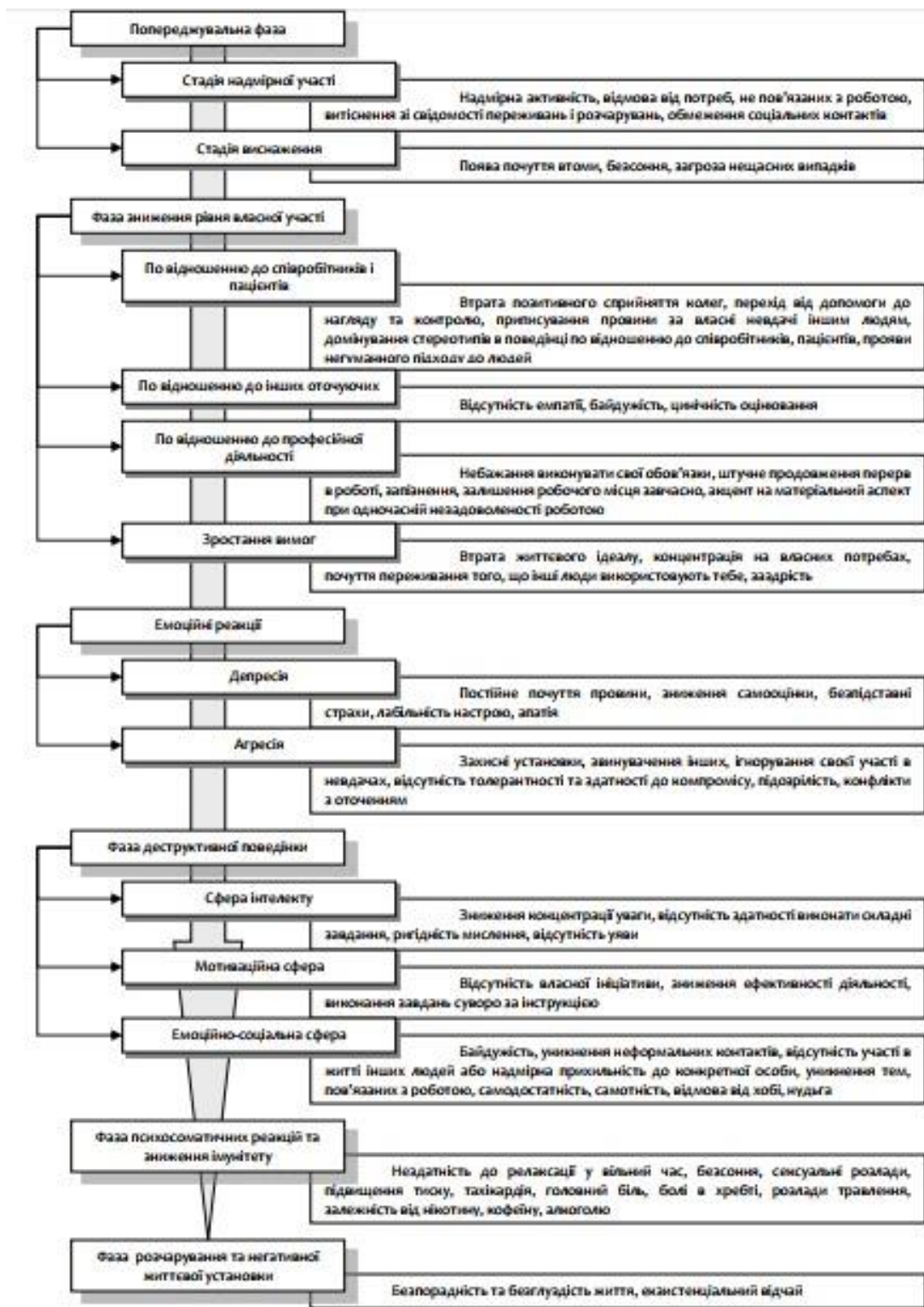


Рис. 1.3 Модель розвитку професійного вигорання за М. Бурішом [60, с.118]

Завдяки сформованим уявленням про вигорання, з плином часу була розроблена, стандартизована і валідизована методика MBI («Maslach Burnout Inventory»), донині є «золотим стандартом» для діагностики вигорання. За

допомогою МБІ вдалося отримати більш ясне розуміння про структуру даного явища і причини, що обумовлюють його виникнення [52, с.789].

З точки зору В. В. Бойка вигорання є формою професійної деформації особистості [6, с.55]. Цим же дослідником була запропонована концепція вигорання у вигляді 12 симптомів [8, с.174].

Внаслідок «професійного вигорання», на думку Л. Березовської, виникає «знеособлення відносин між учасниками терапевтичного процесу, яке пригнічує прояв гуманних форм поведінки між людьми і створює загрозу для особистісного розвитку представників соціальної професії» [4, с.66]. В. Дудяк у своєму дослідженні зазначає, що «синдром емоційного вигорання – це реакція організму, що виникає внаслідок тривалого впливу професійних стресів середньої інтенсивності» [15, с.4]. В. Шелков характеризує вигорання емоційним виснаженням, знеціненням праці і зниженням ефективності професійної діяльності. Автор вказує на той факт, що саме розгорнута фаза «виснаження» (за методикою «діагностика рівня емоційного вигорання», В. Бойко) свідчить про сформованість вигорання, а превалювання показників двох інших фаз синдрому говорить про включення компенсаторних можливостей для адаптації до даного стану. Високі показники фази «напруження» можуть зазнати зворотного розвитку і під впливом різноманітних факторів не переходити у фазу «виснаження» [38, с.58].

У цьому різноманітті поглядів виділяється два підходи до проблеми вивчення «burnout syndrome»: клінічний і дослідницький. Клінічний підхід ґрунтувався на вивченні фізичних симптомів, поведінкових реакцій, а також емоційної та мотиваційної складової. Дослідницький підхід базується на появі в середині 80-х років минулого століття наукових робіт в області дослідження вигорання.

Вигорання має безліч термінологічних аналогів у зв'язку з особливостями перекладу, а також різноманітністю думок дослідників про семантику терміна «burnout». Так, можна зустріти такі варіації терміна, як: «синдром перегорання», «професійне вигорання», «синдром психічного

вигорання», «синдром емоційного вигорання», «синдром професійного вигорання», «інформаційний невроз», «синдром менеджера», «синдром вигорання» і т.д. на сьогоднішній день, незважаючи на семантичні складності, незалежно від запропонованої термінології вищевказане визначення є найбільш визнаним.

Проте, термін «синдром емоційного вигорання» є найбільш поширеним, часто вживаним і МКХ 11 перегляду містить наступне визначення синдрому емоційного вигорання: «емоційне вигорання - це синдром, визнаний результатом хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий» [40, с.213].

«Синдром емоційного вигорання - стан емоційного, розумового виснаження, фізичного стомлення, що виникають внаслідок хронічного стресу на роботі, при цьому його розвиток характерний в першу чергу для професій, де домінує надання допомоги людям (медичні працівники, вчителі, психологи, соціальні працівники, працівники правоохоронних органів, співробітники МНС-рятувальники, пожежники)» [37, с.102].

Таким чином, в літературі «синдром емоційного вигорання являє собою закономірне поєднання симптомів порушень в психічній, соматичної та соціальної сферах життя». На даний момент погляди вчених на вигорання різняться і представлені двома концепціями в світовому співтоваристві. Одна з концепцій, запропонована К. Масlach (1986), визнана у всьому світі. Ця концепція відображає трикомпонентну структуру синдрому.

Друга модель запропонована дослідником вигорання В. Бойко у вигляді 12 симптомів, яка застосовується в різних дослідженнях переважно в нашій країні.

Отже, прийнято вважати, що вперше прийнятий науковим співтовариством термін «burnout» – «згоряння», «вигоряння» – запропонував Г. Фрейденберг в 1974 році, охарактеризувавши даний розлад в роботі «Staffburn-out».

Процесуальна модель професійного вигорання Б. Перлмана і Е. Хартмана була описана ними у 1982 р. і акцентує увагу на динамічному характері синдрому професійного вигорання.

Далі дослідження питання вигорання набуло міждисциплінарний характер, і до його вивчення приєдналися соціологи, практикуючі лікарі, працівники освіти та навіть юристи. Подальші публікації на початку не мали строго наукового характеру.

Відповідно до процесної моделі М. Буріша, розвиток професійного вигорання проходить ряд фаз та стадій.

У 1993 р. на конференції в Сан-Франциско консиліумом зарубіжних науковців у галузі психічного здоров'я вперше була висунута єдина концепція вигорання, незважаючи на те, що думки науковців однозначними не були.

Концепція мала в собі такі положення: 1. вигорання має трикомпонентну структуру – «емоційне виснаження», «відгороджене (дистантне) ставлення до пацієнтів» і «редукцію персональних досягнень». 2. вигорання носить відносно незворотний характер. 3. вигорання головним чином утворюється в середовищі спеціалістів, які працюють з людьми. На думку низки дослідників, є четверта ознака вигорання – нудьга.

Завдяки сформованим уявленням про вигорання, з плином часу була розроблена, стандартизована і валід методика MBI («Maslach Burnout Inventory»), донині є «золотим стандартом» для діагностики вигорання.

З точки зору В.В. Бойка вигорання «є формою професійної деформації особистості». Цим же дослідником була запропонована концепція вигорання у вигляді 12 симптомів.

Термін «синдром емоційного вигорання» є найбільш поширеним, часто вживаним і МКХ 11 перегляду містить таке визначення синдрому емоційного вигорання: «емоційне вигорання – це синдром, визнаний результатом хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий» (МКХ-11).

На даний момент погляди вчених на вигорання різняться і представлені двома концепціями в світовому співтоваристві, це К.Масlach та В. В. Бойко.

1.2 Концепція синдрому вигорання в психології та психіатрії

У психології є різноманітні концепції і моделі стресу в залежності від основних наукових тверджень. У теоретико-методологічному напрямку виокремлюються 3 основні концептуальні парадигми. У парадигмі відповідності в системі «особистість-середовище» (динамічний підхід) стрес - це наслідок неврівноваженості чи протиріччя серед вимог оточуючого середовища та об'єктивних ресурсів особи. У процесуально-когнітивній парадигмі відповідь на стресовий вплив – це процес розвитку індивідуально-особистісних форм адаптації щодо ускладнених умов діяльності, завдяки застосуванню копінг - стратегій. У парадигмі регуляції станів (регуляторний підхід) – стрес – це «особливий клас станів, які утворюються внаслідок зміни способів регуляції діяльності і поведінки» [1, с.2]. Не беручи до уваги наявність різноманітних поглядів та підходів, концептуальні протиріччя серед них відсутні, скоріше їх можна досліджувати у вигляді різних аспектів єдиної динамічної, багатофакторної доповнюваної моделі стресу.

Вигорання в першу чергу опосередковано формуванням психологічних реакцій за результатами перенапруги, яка утворюється при міжособистісному процесу взаємодії в професійній діяльності. Найбільше значення одержав феномен «емоційного резонансу», тобто переживання емоцій співчуття, співчуття, співпереживання, прояв емпатії, автентичності, конгруентності, що являється невід'ємним та обов'язковим складовим елементом в терапевтичних стосунках між лікарем та пацієнтом [3, с.40]. У наукових джерелах можна виокремити 4 групи основних теоретичних підходів щодо пояснення психологічних джерел (предикторів чи ж чинників ризику) вигорання у спеціалістів цієї галузі: це індивідуальні, міжособистісні,

організаційні і соціальні підходи. «Індивідуальні підходи приділяють особливу увагу щодо ролі та процесів всередині людини, в той час як міжособистісні звертають увагу на стосунках з іншими людьми під час роботи» [11, с.89]. Організаційні підходи приділяють увагу щодо значущості основних принципів організації лікувального процесу, тоді як соціальні фокусуються на більш широких соціальних та культурних факторах [68, с.41]. На думку В. Ровенської та Є. Саржевської дані 4 напрямки в підходах щодо питання вигорання не являються взаємовиключними. Необхідно також сказати, що в індивідуальний ступінь складається з корекції вигорання, що досліджується в напрямку підтримки здорового способу життя [35, с.124].

Також до психологічних моделей та концепцій відносять велику чисельність природничих досліджень, що трактують стрес зі сторони фізіології, нейрогуморальних наук. «Стрессова реакція включає всі ступені регуляції гомеостазу. Різноманітні зміни відбуваються як на молекулярному ступені, так і на ступені центральної нервової системи. Також тут приймає участь симпатична, парасимпатична нервові системи, баро-і хеморецептори» [34, с.55].

У 1-му десятилітті ХХІ ст. з розвитком сучасних технологій утворилася можливість вивчати патофізіологічні механізми на молекулярному ступені, що з великою часткою ймовірності дає змогу підійти до проблеми боротьби з негативним впливом стресу не лише з психологічної і психофармакологічної сторони питання. В даний факт входять наступні аспекти фізіології людини: гормональний фон, спадкові чинники і гендерні особливості стресостійкості [45, с.897]. Незважаючи на одержані відкриття в сфері «фізіології стресу», велика кількість аспектів ще є недостатньо вивченою. У зв'язку з даним питанням, викликані стресовим впливом, потрібно досліджувати мультидисциплінарно: з психологічної, соціальної та клінічної сторони питання.

На сучасному етапі найбільш розповсюдженою точкою зору є уявлення про те, що вигорання є відповідним 3-ій стадії неспецифічного адаптаційного синдрому, тобто в його крайньому прояві - дистрес [26, с.2].

Уявлення щодо вигорання зі сторони психіатрії є збірним міждисциплінарним терміном. Беручи до уваги різноманітність психопатологічної симптоматики, яка здійснює формування цього синдрому, клінічні прояви можна віднести до різних діагностичних нозологічних форм [23, с.35].

Так, в МКХ – 10 еквівалентом вигорання, є шифр Z 73.0 - «перевтома» і мається наступне: «стан виснаження життєвих сил» [24]. Точніше порушення відповідають нозологічної категорії: «розлади пристосувальних реакцій через стресові події» – F43.2 (МКХ-10). Симптоматика формується через психосоціальний стрес та в неї входять помірні афективні порушення (тривога, депресія, занепокоєння, напруженість, гнів) та вегетативні прояви. Спектр та вираженість симптомів тут вельми варіабельний та включає «пригніченість настрою, настороженість чи занепокоєння (чи комплекс таких станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь» [12, с.134]. Тут також може бути короткочасна чи тривала депресивна реакція, порушення інших емоцій та поведінки зі включенням деякого рівня зменшення змоги діяти в повсякденному житті. Схожу симптоматику можна спостерігати при синдромі вигорання – «проявляються нудота, запаморочення, надмірна пітливість, тремтіння, підвищення артеріального тиску» [12, с.135]. Так, в термін вигорання входять наступні симптоми, як байдужість, брак емоцій, песимізм, посилення ірраціонального занепокоєння, і зі сторони великої кількості авторів в даному випадку правомірніше виставляти діагноз F43.2 [85, с.341].

Низка науковців досліджує питання вигорання у вигляді прояву неврастенії – F48.0 [13, с.52]. «Тут час симптомів не повинен бути більшим ніж 6 місяців» (МКХ-10). Як патогенетичних механізмів формування неврастенії вирішальне значення має внутрішньоособистісне протиріччя серед

вимог особистості до себе, які проявляються у вигляді перфекціонізму, та наявними у неї ресурсами. Тенденція етапів вигорання також є відповідною стадіям формування неврастенії. Клінічні прояви гіперстенічного етапу у вигляді утворення напруги, дратівливості, головних болів, коливань настрою, зменшення толерантності до навантаження більшою мірою відповідає фазі «напруга» за класифікацією В.В. Бойко. Гіпостенічними проявами є стомлюваність, слабкість, безсилля, розосередження уваги, зниження пам'яті, порушення сну, що є характерними для фази «виснаження» [5, с.216].

Досить часто професійні стреси у зв'язку психоемоційними і інтелектуальними перевантаженнями призводять до розладів адаптації, які кодуються МКХ-10 як F43.20 [14, с.50].

Є концепції розвитку депресивних професійних психічних розладів, предиктором яких являється робоча напруга [46, с.74; 100, с.464; 111, с.866]. З даної детермінанти частка спеціалістів відносить вигорання до депресивних розладів, виокремлюючи тут «короткочасну депресивну реакцію, обумовлену розладом адаптації» (F43.20); «продовжану депресивну реакцію, обумовлену розладом адаптації» (F43.21); «змішану тривожну і депресивну реакцію, обумовлену розладом адаптації» (F43.22); «розлад адаптації, обумовлений порушеннями інших емоцій» (F43.23); «розлад адаптації з переважанням порушення поведінки» (F43.24); «змішаний розлад емоцій і поведінки, обумовлене розладом адаптації» (F 43.25) [111, с.869; 41, с.592]. Головними симптомами в даному випадку є: зниження настрою, зменшена чи збільшена вага, безсоння, недостатній сон, поганий загальний стан здоров'я [36, с.103].

Інші науковці мають схильність досліджувати вигорання у вигляді прояву декомпенсації акцентуацій характеру. Відповідно до МКХ-10 перегляду, діагностичний таксон Z73.1 («акцентуовані особистісні риси») відображає, в тому числі поведінкову структуру типу А [98, с.174], яка сприяє ризик розвитку коронарних порушень, що «характеризується непомірною амбіцією, потребою у високих досягненнях, нетерпимістю, некомпетентністю і настирливістю» (МКХ-10). Не кожна особистість має схильність до

вигорання. Відомим є те, що даному процесу сприяють наступні чинники, як особистісні особливості, акцентуації характеру, розлади особистості, невротичний ґрунт, підвищена тривожність, жіноча стать та ін. [32, с.26].

У МКХ-11 вигорання введено в якості нозологічної одиниці як «емоційне вигорання»:

Вигорання є синдромом, що визнане за результатами хронічного стресу на робочому місці, що не був успішно подоланий. Його можна охарактеризувати 3-ма ознаками:

відчуттям мотиваційного чи фізичного виснаження;

збільшуючимся психічним дистанціюванням від професійних обов'язків чи почуттям негативізму або цинізму до професійних обов'язків;

зменшенням працездатності.

Емоційне вигорання відноситься безпосередньо до професійного контексту і не повинно використовуватися до досвіду з інших сфер життя (МКХ-11).

Деякі особистісні особливості (наприклад тривожність, зайвий перфекціонізм, ригідність, збудливі риси характеру) можуть призводити до «невротизації» лікаря за умов роботи та до майбутнього формування вигорання [82]. До особистісних причин відносяться також наступні характеристики у вигляді вираженої емотивності, низький рівень здатності щодо адаптації в стресових ситуаціях, нестійка самооцінка, дефіцит самомотивації [16, с.81]. Але є і дослідження, які вивчають змогу щодо розвитку та формування особистісних ресурсів у професійній діяльності лікарів. Так, у дослідженні Л. Лотоцько-Голуб обстежувані лікарі, які володіють достатньою чисельністю ресурсів, були більшою мірою психологічно толерантні щодо професійних навантажень та схильні щодо майбутнього «придбання ресурсів», які, безсумнівно, мають залежність від особистісних особливостей індивіда та впливає на стійкість щодо розвитку вигорання [30, с.160].

Змога щодо емпатії виділяється в окремий чинник, відсутність якого сприяє утворенню вигорання. На думку І. Назаренко, емпатія є потрібною якістю чи змогою з метою встановлення довірчих терапевтичних відносин лікарів з пацієнтом. Досліджено, що емпатія є одним з найбільш професійно важливих якостей медичних спеціалістів: змога щодо співпереживання і до довільної емоційної чуйності, вміння поставити себе на місце іншого створює підґрунтя щодо розвитку збалансованих міжособистісних відносин [31, с.45]. Розвинена емпатія під час спілкування лікаря з пацієнтом, це загальна установка на розуміння не лише формальної сторони сказаного, скільки співчуття в ендогенний сенс стану пацієнта. Разом з тим, на думку С. Мащак, «дефіцит здатності до емпатії», це одна з негативних тенденцій на сучасному етапі розвитку соціуму. Емпатія є вищою психічною функцією, яка передбачає збережену змogu щодо розуміння психічних станів інших людей і при цьому проявляти щодо відношення до них співчуття та турботи [27, с.444].

На важливість емпатії вказує І. Карташов, він наводить емпатію у вигляді процесу тонкого відчуття в психологічний світ пацієнта, він вважає, що відсутність емпатії робить допомогу лікаря непродуктивною. Але науковець зазначає: «емпатія та співпереживання, співчуття людині – терміни, мало пов'язані один з одним. Емпатія - це змога «проникнути» у ендогенний світ іншої людини без співпереживання» [17, с.55].

О Кравець стверджує, що емпатія, це «низка емпатичних змog, що являються динамічною, взаємопов'язаною структурою, представленою вродженими (інтуїція і вчуття), рано набутими (спонтанний інтерес до «іншого» та ідентифікація) і змогами, які розвиваються на протязі життя (емпатичні установки та змога створювати атмосферу довіри)» [22]. Змога виявляти емпатію є одним з основних професійних якостей спеціалістів, які займаються професійною діяльністю з пацієнтами психіатричного профілю, а питання її розвитку поставлено пріоритетним в контексті організації навчання і супервізії професіоналів-практиків [18, с.150].

Емпатія є значущим копінг-ресурсом, що надає стабілізуючу дію на вигорання: для лікарів з високим рівнем толерантності до вигорання характерний оптимальний ступінь емпатії – виявляється «обернено-пропорційним зв'язком із симптомом «емоційно-моральна дезорієнтація» ($r = -0,269$, $p < 0,01$) фази резистентності і, особливо, з симптомами «емоційного дефіциту» ($r = -0,275$, $p < 0,01$) і «емоційної відстороненості» ($r = -0,435$, $p < 0,001$) фази «виснаження», а також із сумарним показником ($r = -0,258$, $p < 0,01$) методики «Діагностика рівня емоційного вигорання» [7, с.400].

Емпатичний метод спілкування з іншою особистістю - це постійна чутливість до мінливих переживань, коливань та нюансів емоційного статусу пацієнта, розуміння особливостей його відносин до актуальних життєвих обставин [19, с.50]. У лікувальній взаємодії емпатія дає змогу виявити неусвідомлювані почуття без спроби розкрити травматичні переживання [21, с.49]. Багатьом молодим лікарям не властиво використовувати емпатичний спосіб спілкування з пацієнтами, так як в медичних ВНЗ не навчають даної взаємодії і не вказують на його цінність, який полягає в змозі проявляти «емоційну залученість в психічний стан іншої людини» [20, с.40]. У зв'язку даним питання розвитку емпатії являється пріоритетним в освітньому процесі і під час «супервізії професіоналів-практиків» [25, с.17].

К. Маслач (1976) зазначає на підхід щодо питання вигорання зі сторони невідповідності особистості та її характеристик робочому середовищі, в якій перебуває даний індивід, що відповідає концепції В. Мясіщева про неврози. Зміни під час вигорання відбуваються не в результаті «руйнування структур особистості і повному її розпаді», а в порушенні здатності спеціаліста до адаптації [77, с.30].

У вітчизняній профпатології і раніше розглядалися «професійні неврози медичних працівників», які визначалися як «психогенні функціональні розлади психічних (переважно емоційно-вольових) і нейровегетативних функцій при збереженні у хворого досить правильного розуміння і критичної оцінки симптоматики, себе і навколишнього з не грубим порушенням

соціальної адаптації» що, на думку ідентично поняттю «синдрому професійного вигорання».

Разом з тим частина фахівців закликає відносити вигорання до депресивних розладів [42, с.30; 49, с.308]. Існують також наукові праці, що демонструють зв'язок між «вигоранням» як наслідком стресу та фізичними симптомами та такими проявами, як грипоподібні розлади та симптоми гастроентериту [41, с.598], а також зв'язок між «вигоранням» та болями в шиї, спині [92, с.85]. Найчастіше під цією симптоматикою може ховатися маскована депресія. Інші дослідники також відзначають очевидний зв'язок високого рівня вигорання з депресією та тривожністю [85, с.350].

У лікарів-психіатрів виділяють такі клінічні варіанти перебігу, як: астено-іпохондричний, obsесивно-фобічний, депресивний і деперсоналізаційний синдроми (за наявності провідного синдрому), відповідних рубриці в F40 – F48 - «невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади» [30, с.100].

Розбіжності, що спостерігаються серед фахівців, не змінюють сутності синдрому: розлад адаптації (або розлад пристосувальних реакцій) визначається МКХ-10 як «стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що виникає в період адаптації до значної зміни життя або стресової події» [30, с.116].

Незважаючи на те, що діагностичні критерії даного синдрому оновлюються і доповнюються, описані основні клінічні прояви і деякі фактори ризику, нозологічний статус вигорання досі залишається дискусійним, так як не містить повних діагностичних критеріїв всіх фаз даного розладу ні в DSM-V, ні в МКХ-10 [49, с.321], що викликає складності в верифікації стану, організації системи профілактичної та лікувальної роботи, оцінці ефективності проведених заходів.

Отже, в психології існують різні концепції і моделі стресу в залежності від базових наукових уявлень. У теоретико-методологічному плані виділяються три основні концептуальні парадигми: парадигма відповідності в

системі «особистість-середовище», процесуально-когнітивна парадигма, парадигма регуляції станів. На додаток до психологічних моделей і концепцій існує велика кількість природничих досліджень, які розглядають стрес з позиції фізіології, нейрогуморальних наук.

1.3 Особливості формування та прояву синдрому вигорання у медичних працівників

Надані відомості зарубіжних дослідників за період з 1995 по 2020 рік, в журналах, що охоплюються базою даних Американської психологічної асоціації PsychInfo, свідчать про видання значної кількості статей на тему вигорання, що становить близько 150 наукових публікацій щорічно [103, с.270]. У США в 2021 році проводилося когортне дослідження проблеми вигорання серед лікарів. За допомогою «опитувальника на вигорання MBI» К.Маслач було обстежено 7288 лікарів різних спеціальностей. Було виявлено, що 45,8% опитаних респондентів демонструють симптоми вигорання [85, с.351]. За отриманими даними через вигорання коефіцієнт «плинності кадрів» фахівців в сфері охорони психічного здоров'я може коливатися від 30% до 60% щорічно [84, с.630], тоді як природна зміна кадрів в середньому за той же часовий проміжок становить близько 3-5 %. Ці дані демонструють той факт, що «епідемія вигорання» завдає значної економічної шкоди бюджету охорони здоров'я та вимагає обов'язкової профілактики та розробки методів лікування.

Значна кількість досліджень свідчить про те, що «лікарі психіатри і психотерапевти можуть страждати від проблем в області психічного здоров'я, пов'язаних з їх професійною діяльністю і мають один з найвищих індексів категорії тяжкості роботи» [39, с. 200]. Це призводить до більш високих показників ризику розвитку вигорання, ніж у фахівців в інших сферах медичної діяльності [83, с.82].

Новозеландськими вченими було відзначено унікаючу поведінку, властиву психіатрам, що страждають вигоранням: прагнення «бути фізично недоступними, уникати прямого зорового контакту, відмовлятися давати прямі відповіді на питання, що створює враження вразливих людей» [64,с.418]. У цьому ж дослідженні відзначено, що при високих показниках за шкалою «емоційне виснаження» у психіатрів найчастіше виникають розлади настрою. В якості причин вигорання, більш характерних для психіатричних спеціальностей, розглядалися: брак часу і персоналу, внутрішній перфекціонізм, міжособистісні фактори (напружені і конфліктні відносини з начальством), різкі зміни в адміністративних процесах і управлінні.

Дослідження іранських вчених показало, що серед працівників сфери психічного здоров'я високі показники вигорання були діагностовані в 45,6 %. У 42,5% професіоналів виявлялися високі показники за шкалою «емоційне виснаження», а 65,5% мали високі показники за шкалою «деперсоналізація». Незважаючи на це, лише в 21% випадків опитані відчували почуття незадоволеності своїми професійними досягненнями [43, с.73].

«Емоційне виснаження» зарубіжними авторами часто розглядається як наслідок робочого стресу, тоді як показники за шкалами «деперсоналізація» і «редукція персональних досягнень» є результатом відсутності позитивного зворотного зв'язку від пацієнтів [54, с.273]. Автори вважають, що «емоційне виснаження» викликає сам процес роботи і пов'язані з нею стресові ситуації, а збільшення значень показників шкал «деперсоналізація» і «редукція персональних досягнень» відбувається через наростаючу потребу в підтримці і схваленні з боку оточуючих. Так, в деяких країнах, таких як, США [108, с.283], Великобританія [95, с.336], Австралія [99, с.106, Нова Зеландія [74, с.307], на відміну від інших, менш розвинених країн [55, с.986], відзначають нехарактерний зв'язок (прямо пропорційну кореляцію) між задоволеністю роботою і показниками вигорання у лікарів-психіатрів. Незважаючи на високий рівень емоційного виснаження, лікарі даних країн мають високий рівень задоволеності своєю роботою. У довгостроковому дослідженні вчених

Нової Зеландії було показано, що рівень показника «емоційне виснаження» є найбільш стабільним показником вигорання, на відміну від показників за шкалами «деперсоналізація» і «редукція персональних досягнень». Це говорить про те, що дані два показники є маркерами погіршення стану [74, с.308], тобто основною фундаментальною причиною вигорання є «емоційне виснаження», а вже потім накладаються такі симптоми як «деперсоналізація» і «редукція персональних досягнень». Наявність двох останніх свідчить про перехід вигорання з умовно «легкого» ступеня тяжкості в «середній», або «важкий». Тим часом, в дослідженні також робиться наголос на тому, що управління фактором «задоволеність роботою» може допомогти в роботі психіатрів, так як саме такі тонкі аспекти, як задоволеність професійною діяльністю є мішенню для корекції емоційного виснаження фахівців.

Серед фахівців психіатричної сфери діяльності найбільш високий рівень професійної напруги фіксується у медичного персоналу, що працює в стаціонарах. Це пов'язано з тим, що такі медичні працівники інтенсивно і тривало взаємодіють з важкими психічними хворими, що страждають прогресивними розладами, що супроводжуються психотичними порушеннями, формуванням дефекту. В умовах закритих відділень, де пацієнти довгий час перебувають ізольовано і не можуть контактувати зі своєю сім'єю, це особливо відчутно [49, с.309], також відзначають, що тривале перебування в контакті з психічними хворими надає несприятливий вплив на психіку осіб, які здійснюють догляд за ними.

В таких умовах однією з професійних завдань психіатричних працівників є встановлення довірчих відносин з хворими, що забезпечують комплаєнс. Формування терапевтичного альянсу може бути скрутним, оскільки багато пацієнтів мають виражені проблеми в міжособистісній взаємодії, неадекватні моделі поведінки (що характеризуються вираженою аутоагресією, насильством і т.д.), порушення емоційного реагування. Такі обтяжливі роботу фактори сприяють ризику розвитку у співробітників стаціонару високих показників частоти виникнення і тяжкості вигорання, що,

в свою чергу, визначає необхідність додаткового навчання персоналу і організації психопрофілактичних заходів, спрямованих на вироблення і закріплення адекватних копінг-стратегій, освоєння технік релаксації і зняття напруги, аутогенного тренування та ін., а також підтримки фахівця іншими професіоналами – психологами і психотерапевтами [49, с.310].

Емоціональний стан лікарів-психотерапевтів, які також піддаються серйозному стресу під час професійної діяльності [96, с.88]. Робота психотерапевта включає в себе обов'язкове довгострокове емпатичне спілкування з пацієнтами і співпереживання з ними травматичних подій їхнього життя, що може призводити до мимовільного «проектування на себе» чужих хворобливих переживань [105, с.156]. В емпіричних дослідженнях було показано, що в роботі психотерапевтів (особливо, які працюють в державних установах – виправних і військових) може розвинути вторинна психотравматизація у зв'язку з більш вираженою тісною взаємодією з травмуючим досвідом іншої людини [71, с.230; 75, с.90]. Дослідження, проведені в різних країнах, демонструють, що ступінь вираженості вигорання у психотерапевтів може бути різним, це, ймовірно, обумовлено культуральними відмінностями і їх впливом на вираженість вигорання: так корейські і японські психотерапевти [112, с. 282; 58, с.230] продемонстрували відмінну від американських і китайських психотерапевтів ступінь вираженості вигорання [102, с.20; 58, с.232].

Необхідно відзначити дослідження, присвячені вивченню вигорання і у інших фахівців, що надають допомогу в області психічного здоров'я. Специфіка роботи психіатричної допомоги в різних країнах має свої фундаментальні відмінності навіть на правовому рівні, що відбивається на ступені вигорання фахівців, яких ми можемо порівнювати в психіатричній ланці. Соціальні працівники в різних країнах виконують не однакові функціональні обов'язки при наданні психіатричної допомоги і можуть мати як психологічну, так і медичну освіту, що дозволяє розглядати їх в рамках загальної статистики в певних країнах: так, у Великобританії соціальні

працівники виконують роль фахівців, відповідальних за прийняття рішення про госпіталізацію пацієнта в психіатричну клініку, тоді як в Норвегії дане рішення приймає виключно медичний працівник, отже, професійні навантаження, професійне середовище і вплив стресових факторів у них різні [63, с.150].

У деяких європейських країнах з добре розвиненою системою соціального захисту, зокрема у Швеції та Нідерландах, вигорання є «офіційним медичним діагнозом, що передбачає включення його до навчальних посібників та навчання лікарів його розпізнаванню та лікуванню». Особам з діагностованим вигоранням «така легалізація дозволяє отримувати матеріальну компенсацію і допомогу психотерапевта в рамках медичного страхування» [79, с.400]. В Україні виявлення вигорання проводиться переважно в рамках наукових досліджень, профілактична та медична допомога на сьогоднішній день офіційно не надається.

Узагальнюючи дані проведених раніше досліджень, можна виділити основні фактори, що лежать в основі виникнення і формування вигорання у осіб, що працюють в системі «людина-людина» а саме, у лікарів як фахівців найбільш схильних до ризику виникнення даного синдрому:

1. Несприятливий вплив на психіку при тривалому перебуванні в контакті з психічнохворими.

2. Недостатній професіоналізм лікаря. Часто в таку ситуацію потрапляють початківці, тобто молоді фахівці. Випускники медичних ВНЗ, відчують брак професійних знань з обраної спеціальності і, крім того не вміють протистояти емоційному перевантаженню, що виникає при взаємодії з пацієнтами, колективом і адміністрацією лікарні. Студентів-медиків, незважаючи на велику кількість інформації про те, як лікувати пацієнтів, не навчають знанням про те, наскільки травматично може вплинути професійна діяльність на самого лікаря, не вчать розпізнаванню у себе симптомів вигорання і вмінню запобігати їх [39, с.202]. Було визначено, що високі показники вигорання у фахівців в області психічного здоров'я виявляються в

перші роки роботи. На думку дослідників, така ситуація потребує впровадження профілактичних заходів та ознайомлення з явищем вигорання ще в період навчання у вищому навчальному закладі [109, с.775].

3. К. Масlach бачила проблему виключно в особливостях робочої ситуації, але не в особистості самого фахівця. Однак при більш детальному вивченні вигорання у медичних працівників стало очевидно, що особистість індивіда має вирішальну роль у формуванні даного синдрому [90, с.390]: вигорання виникає у тих фахівців, особистість яких не відповідає пропонованим до неї вимогам, що є ключовим компонентом вигорання. Також було показано, що вибір медичної професії може бути обумовлений «почуттям тривоги і безсилля», які виникають із-за хвилювань, пов'язаних з важкими хворобами і смертю членів сім'ї, і ті лікарі, чий «професійний вибір мотивується прихованими психологічними проблемами, складають групу ризику для розвитку психічних розладів, пов'язаних з факторами, що виникають на робочих місцях». Тому зрозуміло, що у людей, що мають будь-який невротичний внутрішньоособистісний конфлікт, проблеми на роботі будуть лише сприяти його загостренню. Вирішення цієї ситуації можливо за умови гармонізації особистості в цілому.

4. Труднощі адаптації до професійної діяльності, що з'являються ще на стадії освоєння спеціальності і згодом при тривалому виконанні своїх робочих обов'язків без професійного та особистісного зростання, призводить до вигорання фахівця, що, в свою чергу, призводить до втрати «життєвого сенсу» і перешкоджає самореалізації особистості. Також слід зазначити поняття «готовності до професійної діяльності». Даний термін позначає під собою «інтегральний стан, що виявляється в оптимальному поєднанні морально-мотиваційного, інтелектуального і психофізичного рівнів організації особистості відповідно до вимог тієї чи іншої діяльності».

5. В останні десятиліття також відзначається значний вплив індивідуальної афективної нестійкості особистості, або так званої нервово-психічної нестійкості у формуванні реакцій на стрес. Під афективної

нестійкістю «зазвичай розуміють схильність індивіда до зривів діяльності при психотравмуючих ситуаціях, що призводить до порушення аферентного синтезу, неузгодженості функції визначення результатів дій і, як наслідок, до спотворення оцінки ситуації і неадекватної професійної і соціальної поведінки». Це поняття включає преморбідні стани і латентну компенсовану форму легкої патології психічної діяльності [106, с.410].

6. Додатково на прояв ознак вигорання у лікарів впливають низький престиж професії лікаря і підвищені емоційні навантаження у медичних працівників. Відзначено, що фахівці, що працюють в стаціонарах, сильніше відчують вигорання в зв'язку з високим обсягом надання допомоги важким пацієнтам. Вивчалось також питання впливу на показники вигорання робочого навантаження. У дослідженнях останніх двох десятиліть наведені суперечливі результати, що стосуються працівників у сфері психічного здоров'я. В одних дослідженнях продемонстрована істотна роль стресу, викликана підвищеними робочими навантаженнями, у виникненні вигорання [41, с.599]. Інші ж дослідники не змогли виявити достовірного зв'язку між обсягами робочого навантаження і вигоранням у осіб, які допомагають психіатричним спеціальностям, соціальним працівникам [88, с.200; 67, С.511].

7. Слід зазначити, що однією із значущих особливостей психіатричних професій є високі показники суїцидальних спроб і доконаних суїцидів серед пацієнтів [54, с.227]. Суїцид пацієнта стає значущим стресом для його лікуючого лікаря. Як відомо, стрес, викликаний переживанням критичних життєвих подій (чим може, безумовно, стати доконаний суїцид пацієнта, незважаючи на проведену лікарем терапію), є одним з компонентів етіопатогенезу суїцидальної поведінки, яке, в свою чергу, може сформуватися і у працівника в сфері психічного здоров'я. Це пояснює, чому психіатрія протягом ось уже декількох десятиліть вважається однією з найбільш стресогенних медичних спеціальностей, які призводять до підвищеного ризику вигорання і суїциду у самих фахівців [104, с.776; 60, с.120; 107, с.160]. За даними західної статистики, загальне число самогубців серед лікарів

становить від 28 до 40 на 100 тисяч щорічно, а серед лікарів-психіатрів і зовсім зустрічається в п'ять разів частіше, ніж у загальній. За дослідженнями вітчизняних колег 2018 року, під час опитування 1500 лікарів, середнього медичного персоналу та соціальних працівників у галузі психічного здоров'я, понад 60% не виключають для себе суїцид як вихід при безнадійній болісній фізичній хворобі. Також в рамках даного опитування було виявлено високий рівень емпатії до суїцидентів серед медичних працівників психіатричних лікувальних закладів [51, с.358].

8. Деякими дослідниками в якості додаткових факторів, що впливають на формування вигорання, виділяється вік. Так, в одному із зарубіжних мета-аналізів був виявлений негативний зв'язок між показниками за шкалою «емоційне виснаження» і віком [56, с.105] – тобто, чим менше вік, тим більше вигорання. Разом з тим дані висновки авторами пропонується розглядати з обережністю з огляду на те, що молоді співробітники менш підготовлені до стресу в робочій ситуації і ще не володіють навичками ефективної взаємодії з пацієнтами [44, с. 255; 69, с. 240], який вивчав вигорання у працівників виправних установ, навпаки, виявив значущі кореляції показників за шкалою «деперсоналізація» з віком респондентів. Разом з тим дослідники в своєму обговоренні відзначають, що всі демографічні характеристики, менш значущі, ніж такі показники, як задоволеність роботою [69, с.241: 44, с.259].

9. Є дані результатів дослідження лікарів первинної ланки охорони здоров'я, в яких було виявлено гендерні відмінності у формуванні симптомів [44, с.260; 68, с.48]. Більш високі показники за шкалою «емоційне виснаження» методики опитувальник на вигорання MBI, були більш характерні для жінок в порівнянні з чоловіками. Один з останніх мета-аналізів також підтвердив, що існують особливості різних аспектів вигорання, пов'язані зі статтю в широкому діапазоні медичних професій: у жінок були виявлені більш високі показники за шкалою «емоційне виснаження», а у чоловіків більшою мірою відзначалися високі показники шкали «деперсоналізація» методики MBI [97, с.170]. Також виявлено, що лікарі, які перебувають у шлюбі та

виховують дітей, мають менші показники вигорання, ніж їхні, неодружені та бездітні колеги. Разом з тим ці дані на сьогоднішній день представляються неоднозначними.

10. Відсутність ефекту від терапії у пацієнтів викликає розчарування в лікувальному процесі у лікарів і провокує розвиток фактора «редукції» вигорання [48, с.960].

Таким чином, аналіз наукових досліджень, дозволяє зробити висновки, що вигорання призводить до зниження мотиваційних установок особистості лікаря, пов'язаних з професійною діяльністю і, як наслідок, відбивається на якості виконуваних посадових обов'язків. Від наявності вигорання і вираженості його фаз безпосередньо залежить ефективність діагностичного та лікувального процесу [39; с.75]. А також вченими відзначено, що «стресові фактори, специфічні для працівників у сфері психічного здоров'я, можуть впливати одночасно як на здоров'я психіатрів, так і їх пацієнтів» [74; с.83]. Високий рівень показника «емоційне виснаження», що виявляється за методикою «Опитувальник на вигорання МБІ» К.Маслач, у працівника сфери психічного здоров'я може також свідчити про зниження задоволеності роботою з пацієнтами, у яких існують серйозні симптоми психічних захворювань [67].

Отже, узагальнюючи дані проведених раніше досліджень, можна виділити основні фактори, що лежать в основі виникнення і формування вигорання у осіб, що працюють в системі «людина-людина» зокрема, у лікарів як фахівців найбільш схильних до ризику виникнення даного синдрому: несприятливий вплив на психіку тривалого перебування в контакті з психічно хворими; недостатній професіоналізм лікаря; особливості робочої ситуації; труднощі адаптації до професійної діяльності; вплив індивідуальної афективної нестійкості особистості, або так званої нервово-психічної нестійкості у формуванні реакцій на стрес; на прояв ознак вигорання у лікарів впливають низький престиж професії лікаря і підвищені емоційні навантаження у медичних працівників; високі показники суїцидальних спроб

і доконаних суїцидів серед пацієнтів; вік лікарів; гендерні відмінності у формуванні симптомів; відсутність ефекту від терапії у пацієнтів викликає розчарування в лікувальному процесі у лікарів і провокує розвиток фактора «редукції персональних досягнень».

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1 Характеристика вибірки та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі Київської міської психіатричної лікарні №1 ім. І.П. Павлова в рамках магістерського дослідження протягом 19-31 липня 2024 року.

В ході дослідження за період з 19 по 31 липня 2024 року, було обстежено 15 лікарів та 15 медичних сестер. Стаж роботи - від тижня до 14 років.

Методи дослідження: клінічний метод, що включає напівструктуроване інтерв'ю (клініко-анамнестичний, клініко-пато психологічний, клініко-патогенетичний), експериментально-психологічний метод і статистичний методи.

I. Клінічний (клініко-анамнестичний, клініко-пато психологічний, клініко-патогенетичний) метод. Проводилася клінічна та психопатологічна оцінка стану, включалося спостереження, збір анамнестичних відомостей, проведення напівструктурованого інтерв'ю, заповнення реєстраційної картки).

II. Експериментально-психологічний метод був представлений наступними методиками:

1. Емпіричні: діагностика рівня емоційного вигорання В. Бойко. Дана методика дає змогу здійснити діагностику емоційного вигорання на різних етапах його протікання.

В методику В.В. Бойко входить 3 фази: напруження, резистенція, виснаження. В Кожну фазу входить 4 симптоми.

Фаза «напруження» – нервово (тривожне напруження), це передвісник та «пусковий» механізм у розвитку емоційного вигорання.

1. Симптом «переживання психотравмуючих обставин» – виявляється під час посилення усвідомлення психотравмуючих факторів професійної діяльності, що важко чи не має змогу видалити.

2. Симптом «незадоволення собою» – за результатами невдач чи не змоги здійснити вплив на психотравмуючі обставини, людина зазвичай відчуває незадоволення собою, обраною професією, посадою. Має дію інструментарій «емоційного перенесення» – енергетика направляється не лише та не стільки назовні, скільки на себе.

3. Симптом «загнаності в клітку» – коли психотравмуючі обставини дуже тиснуть та усунути їх немає змоги, до людини часто приходять відчуття безвихідності. Людина часто намагаємося щось змінити, ще і ще раз обдумує незадовільні аспекти своєї роботи. Дане призводить до посилення психічної енергії завдяки індукції ідеального: працює мислення, діють плани, цілі, сенси.

4. Симптом «тривоги і депресії» – проявляється у зв'язку з професійною діяльністю в особливо складних обставинах, які спонукають до емоційного вигорання у вигляді засобу психологічного захисту. Відчуття незадоволеності роботою та собою породжують могутнє енергетичне напруження у вигляді переживання ситуативної чи особистісної тривоги, розчарування в собі, в обраній професії.

Фаза «резистенції» – фактично опір стресу, який збільшується, починається з часу утворення тривожного напруження. Людина усвідомлено чи несвідомо має прагнення щодо психологічного комфорту, намагається зменшити тиск екзогенних обставин завдяки наявним у її розпорядженні методам.

1. Симптом «неадекватного вибіркового емоційного реагування» – є ознакою вигорання, коли професіонал перестає вловлювати різницю серед економічним проявом емоцій та неадекватним вибіркоvim емоційним реагуванням. У першому випадку іде мова щодо виробленої з часом корисної навички підключати до взаємодії з партнерами емоції досить обмеженого регістра та помірної інтенсивності: легка усмішка, привітний погляд, спокійний тон мовлення, стримані реакції на сильні подразники, лаконічні форми вираження незгоди. Зовсім інша справа, коли професіонал неадекватно

«економить» на емоціях, здійснює обмеження емоційної віддачі завдяки вибіркового реагуванню під час робочих контактів.

2. Симптом «емоційно-моральна дезорієнтація» – нерідко у фахівця утворюється потреба в самовиправданні, не виявляючи належного емоційного ставлення до суб'єкта, він захищає свою стратегію. Подібні думки, говорять про те, що емоції недостатньо стимулюють етичні відчуття. Адже професійна діяльність, що побудована на людському спілкуванні, не має виключень.

3. Симптом «розширення сфери економії емоцій» – виникає тоді, коли ця форма захисту відбувається поза професійною діяльністю (під час спілкування з рідними, знайомими і друзями). На роботі фахівець настільки втомлюється від контактів, розмов, відповідей на запитання, що не має бажання спілкуватися навіть з близькими.

4. Симптом «редукції професійних обов'язків» – в професійній діяльності редукція виявляється у спробах полегшити обов'язки, що потребують емоційних витрат.

Фазу «виснаження» можна охарактеризувати більш-менш вираженим зменшенням загального енергетичного тону та ослабленням нервової системи. Емоційний захист у вигляді «вигорання» є невід'ємним атрибутом особистості.

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

2. Симптом «емоційної відчуженості» – людина майже повністю виключає емоції зі сфери професійної діяльності. Її майже нічого не хвилює, майже ніщо не викликає емоційного відгуку – ні позитивні обставини, ні негативні. Реагування без відчуттів та емоцій є найяскравішим симптомом «вигорання». Він свідчить щодо професійної деформації особистості та завдає збитку суб'єкту спілкування.

3. Симптом «особистісної відчуженості чи деперсоналізація» – виявляється у повній чи частковій втраті інтересу до людини – суб'єкта професійної діяльності. Об'єкт обтяжує спеціаліста своїми питаннями, потребами, неприємними є присутність, сам факт його існування.

4. Симптом «психосоматичних і психовегетативних порушень» – проявляється на ступені фізичного та психічного самопочуття. Перехід реакцій з ступеня емоцій на ступінь психосоматики говорить про те, що емоційний захист (вигорання) самотійно вже не справляється з навантаженнями та енергія емоцій перерозподіляється між іншими підсистемами особистості. У такий метод організм рятує себе від руйнівного впливу емоційного вигорання.

Цей діагностичний тест виявляє не лише особливості прояву синдрому емоційного вигорання, але й виявляє наявність психосоматичних та психовегетативних порушень. Він дає змогу дослідити провідні симптоми вигорання та відмітити до якої фази розвитку емоційного вигорання відносяться різні щодо вираження симптоми (домінуючі, сформовані чи які формуються).

Здійснення аналіз симптомів по цим фазам демонструє формування синдрому емоційного вигорання на різних ступенях від стану та інструментів захисту особистості щодо емоційного виснаження, відчуженості, психовегетативних порушень.

Методика має з 84 судження (Додаток А). Згідно з ключем (Додаток А) здійснюються такі підрахунки:

- відбувається визначення суми балів окремо за кожним з 12 симптомів вигорання. За кожний збіг відповідей з ключем, відповідь оцінюється тією кількістю балів, що зазначена поряд з номером питання. Кожна шкала має 7 питань та максимальна кількість 30 балів;

- підраховується сума показників симптомів за кожною з 3-х фаз розвитку синдрому вигорання. Для даного складаються результати за 4-ма шкалами кожної фази окремо;

- підсумковим показником синдрому емоційного вигорання є сума показників всіх 12 симптомів.

На підставі дослідження смислового змісту і кількісних показників, обчислених для різних фаз розвитку синдрому «вигорання», можна надати досить складну характеристику особистості та намітити індивідуальні заходи профілактики і психокорекції. Досліджуються наступні питання:

- які симптоми є домінуючими;
- якими симптомами супроводжується «виснаження»;
- чи можна пояснити «виснаження» (якщо воно виявлено) факторами професійної діяльності, що увійшли до складу симптоматики «вигорання» чи суб'єктивними факторами;
- які симптоми найбільш обтяжують емоційний стан людини;
- які ознаки і аспекти поведінки людини можна підкорегувати, щоб емоційне вигорання не завдало шкоди їй, професійній діяльності і партнерам.

Інтерпретація результатів. Обробку даних можна виконати за таблицею: «+» – відповідь «так»; «-» – відповідь «ні»; цифра після знаку – номер питання; цифра у дужках – кількість балів, які необхідно зарахувати за це питання, якщо ваша відповідь збіглася зі знаком. Максимальна оцінка (10 балів) буде у ознаки, що являється найбільш характерною для симптому.

З метою обробки результатів необхідно визначити суму балів окремо за кожним із 12 симптомів для кожної з 3-ох фаз «вигорання»; знайти підсумковий показник синдрому емоційного вигорання, тобто загальну суму балів.

Дана методика надає докладну інформацію щодо емоційного вигорання. В першу чергу необхідно звернути увагу на окремі симптоми. Показник вираженості кожного з них знаходиться у рамках від 0 до 30 балів: 9 і менше – симптом не сформувався; 10- 15 балів – симптом формується; 16 і більше – симптом сформувався.

Симптом з показниками 20 і більше балів має приналежність до домінуючих у фазі чи у всьому синдромі емоційного вигорання. Отже,

виявляються провідні симптоми вигорання. Важливим є визначення, до якої фази розвитку стресу належать домінуючі симптоми та в якій фазі їх найбільше.

Наступною дією є усвідомлення показників фаз формування стресу: «напруження», «резистенція» та «виснаження». У кожній з них може бути оцінка від 0-120 балів. Але неправомірним буде співставлення балів, одержані для фаз тому, що це не говорить щодо їх відносної ролі чи внеску до синдрому. Явища, що в них вимірюються, являються суттєво різними – реакція на екзогенні і ендогенні фактори, прийоми психологічного захисту, стан нервової системи. За кількісними показниками правомірно сказати тільки про те, яка фаза сформувалась та яким чином: 36 і менше балів – фаза не сформувалась; 37-60 балів – фаза у стадії формування; 61 і більше балів – фаза сформувалась.

II. Діагностика професійного вигорання (К. Масlach, С. Джексон). «Діагностика професійного вигорання» К. Масlach або MBI (Maslach Burnout Inventory) була створена з метою того, щоб здійснити оцінку стану опитуваного за 3-ма шкалами: емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистих досягнень.

Емоційне виснаження досліджується у вигляді основної складової вигорання і проявляється в зменшеному емоційному фоні, байдужості, емоційному перенасиченню, людина відчуває, що не має сил і контролю над тим, що відбувається в житті, здається, ніби вона «застрягла» у цьому стані. Інші симптоми, це відсутність мотивації, дратівливість, почуття безнадії, безтурботність, апатія, проблеми зі сном, фізична втома, втрата апетиту, понижена концентрація уваги, цинізм, песимізм, страхи та депресія.

Деперсоналізація є другою складовою, позначається як деформація відносин з іншими людьми. Тут може бути збільшення залежності від оточуючих чи збільшення негативізму, цинічність установок та почуттів по відношенню до пацієнтів. Шкала деперсоналізації вимірює нечуттєву реакцію на колег, підлеглих чи роботу, стосунки, відносини і зв'язки втрачають

цінність. Але інколи буває, що людина стає хворобливо залежною і прив'язаною до інших.

Редукція особистісних досягнень є третьою складовою емоційного вигорання, проявляється в динаміці негативного оцінювання себе, зменшувати свої професійні досягнення і успіхи, негативізм щодо відношення до професійних обов'язків чи в применшенні власної гідності, обмеженні своїх змож, обов'язків по відношенню до інших. К. Масlach досліджувала синдром психічного вигорання в аспекті особистісної деформації працівника під впливом 28 професійних стресів, коли він нехтує професійними обов'язками і зобов'язаннями щодо колег та підлеглих.

В МВІ входять 22 твердження, що складаються у 3 вище наведені шкали. На кожне із тверджень респондент відповідає по шкалі від 0 до 6, де 0 – це ніколи, а 6 – щодня. Дана методика є однією із провідних методик вимірювання емоційного і професійного вигорання (Додаток Б).

III. Статистичний метод дослідження застосовувався для визначення взаємозв'язку показників і її статистичної значущості. Статистичний аналіз був проведений з використанням пакету програм Excel.

Отже, дослідження проводилося на базі Київської міської психіатричної лікарні №1 ім. І.П. Павлова в рамках магістерського дослідження протягом 19-31 липня 2024 року.

В ході дослідження за період з 19 по 31 липня, було обстежено 15 лікарів та 15 медичних сестер. Стаж роботи - від тижня до 14 років.

Методи дослідження: клінічний метод, що включає напівструктуроване інтерв'ю (клініко-анамнестичний, клініко-пато психологічний, клініко-патогенетичний), експресериментально-психологічний метод (діагностика рівня емоційного вигорання В. Бойко і діагностика професійного вигорання (К. Масlach, С. Джексон)) і статистичний методи.

2.2 Аналіз результатів дослідження

Під час використання методики діагностика рівня емоційного вигорання В. Бойко були одержані наступні результати, що наведені в Додатку В та на рис. 2.1-2.4.

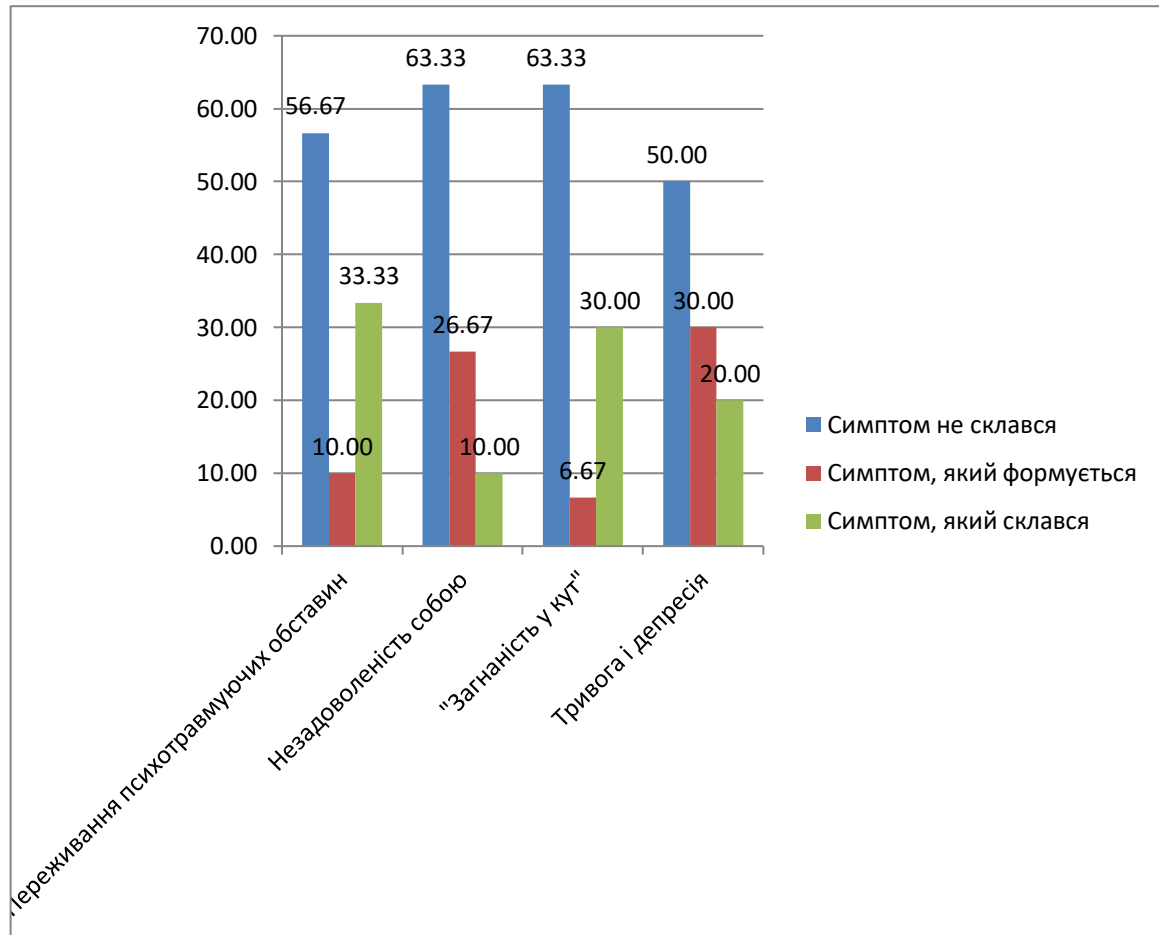


Рис. 2.1 Результати діагностики емоційного вигорання, фаза напруження, %

Отже, якщо узагальнити результати діагностики емоційного вигорання, а саме на фазі напруження, то ми бачимо, що в більше ніж 50% персоналу симптоми не склалися. Симптоми, які формуються, а саме незадоволеність собою становить 26,67%, тобто 8 працівників є незадоволені собою, це свідчить про те, що формування даної ознаки свідчить про те, що дані респонденти починають відчувати розчарування собою, професією, певними прямими обов'язками. Працює почуття «емоційного перенесення» - енергія вражень надсилається не стільки на інших, скільки на себе. Симптоми, які формуються, а саме тривога та депресія становить 30% (9 осіб), тобто

формування ознаки говорить про те, що респонденти починають мати особистісну тривогу. Найбільшим показником у групі симптомів, що склалися є переживання психотравмуючих обставин 33,33% (10 осіб), тобто сформованість даної ознаки говорить про те, що у людей накопичується відчай і гнів. Нерозв'язність призводить до розвитку інших ознак «вигорання». «Загнаність у кут» становить 30% (9 осіб), тобто сформованість даної ознаки дає зрозуміти, що на них тиснуть психотравмуючі умови через відсутність можливості змінити ситуацію до працівників приходить відчуття слабкості.

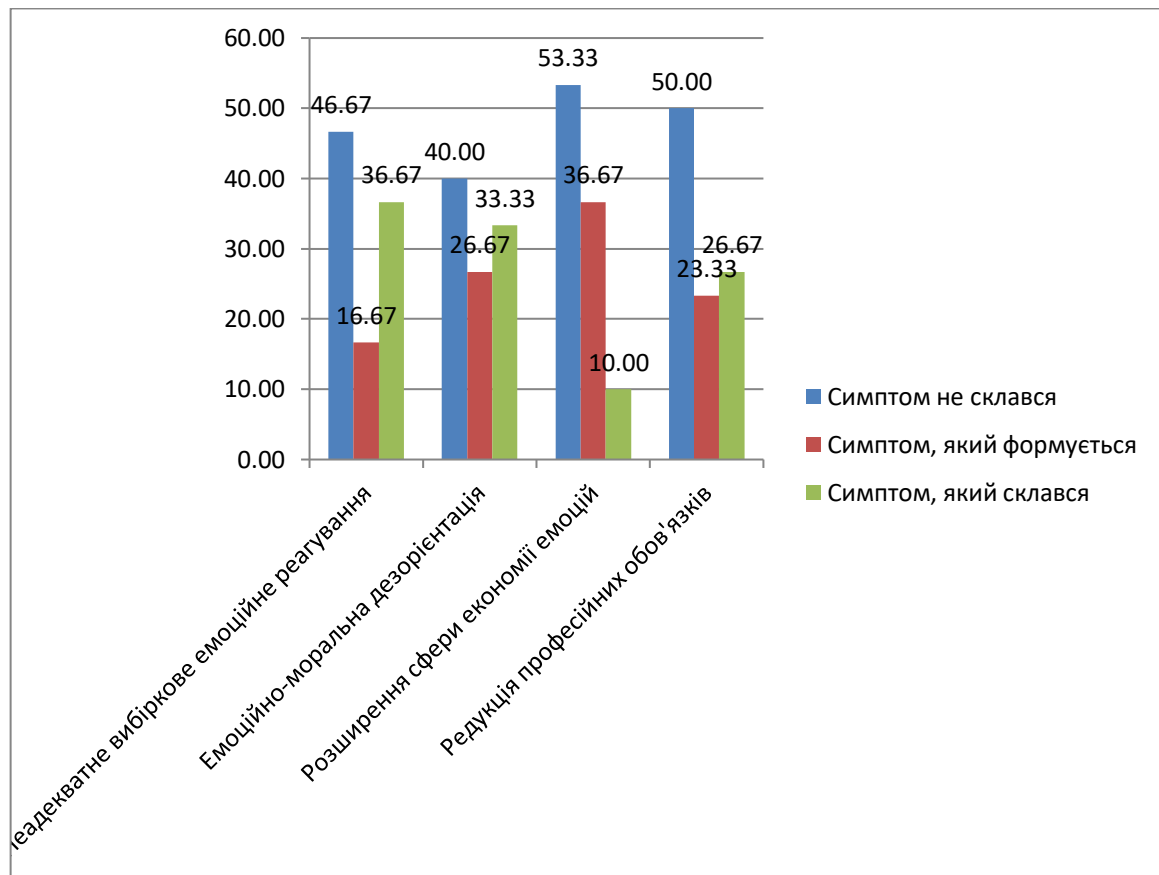


Рис. 2.2 Результати діагностики емоційного вигорання, фаза резистенція, %

Отже, у більшості медичного персоналу (майже 50%) а саме на фазі резистенція, симптоми не склалися. Найбільша чисельність працівників, у яких формуються симптоми, це симптом розширення сфери економії емоцій 36,67% (11 осіб), тобто формування даної ознаки свідчить про те, що ощадливість вражень має місце бути за межами профроботи - житла, в спілкуванні з друзями, своїми людьми. Симптом емоційно-моральної дезорієнтації становить 26,67% (8 осіб), тобто формування даної ознаки

свідчить, що ці респонденти починають не розуміти і не виявляють до пацієнтів чуттєвого ставлення, навіть більше того виправдовують свої дії. Симптом, який склався, це неадекватне вибіркове емоційне реагування 36,67% (11 осіб), тобто сформованість даної ознаки свідчить про те, що ці респонденти перестають вловлювати різницю між 2-ма принципово відмінними проявами: економічним проявом вражень і неадекватним виборчим чуттєвим реагуванням. Ця ознака відображає нездатність респондентів бачити і ділити здібності економічного прояву вражень, володіння якими вважається показником найвищого значення майстерності, і неадекватними чуттєвим реагуванням, коли функціонує принцип «хочу або ж не хочу». Спеціаліст робиться черствим, байдужим. Товариші по службі інтерпретують це як неповагу до їхньої особистості.

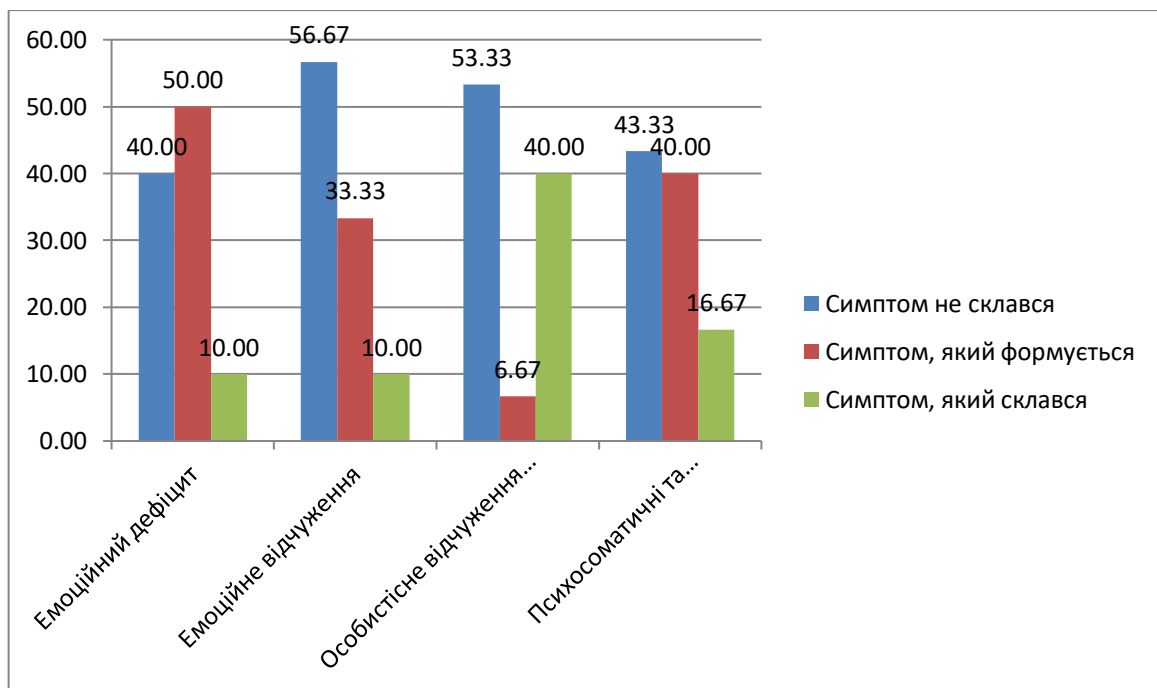


Рис. 2.3 Результати діагностики емоційного вигорання, фаза виснаження, %

Отже, у більшості чисельності медичного персоналу, а саме на фазі виснаження, симптоми не склалися. Найбільша чисельність працівників, у яких формуються симптоми, це симптом емоційного дефіциту 50% (15 осіб), тобто формування ознаки свідчить про те, у працівників іноді відсутнє почуття переживання, бажання піти на зустріч і чимось допомогти. Вони в деяких випадках не в змозі увійти в положення, проявити співчуття і співпереживати.

Часто бувають дратівливі і образливі. Формування симптому психосоматичних та психовегетативних порушень 40% (12 осіб). У 40% (12 осіб) склався симптом особистісного відчуження (деперсоналізації), тобто робота з пацієнтами даними респондентам, не доставляє задоволення і не має соціальної цінності.

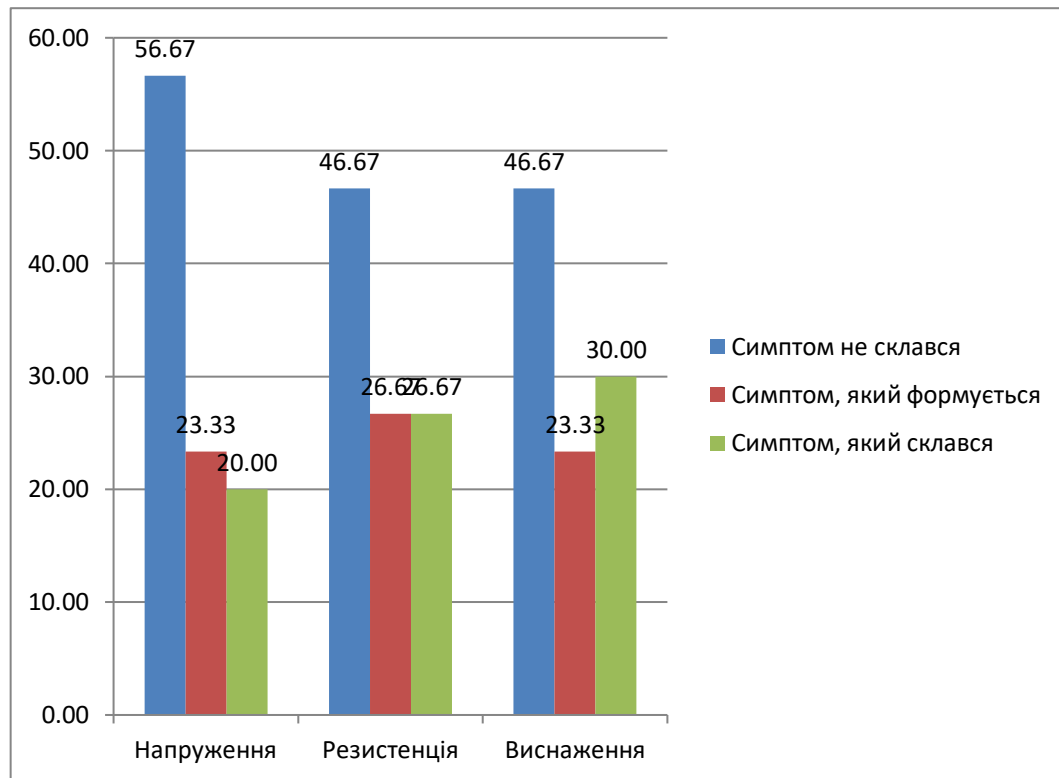


Рис. 2.4 Сформованість фаз емоційного вигорання, %

Аналізуючи результати дослідження можна сказати, що в фазі «напруження» 20% (6 осіб) в даний момент відчують вплив психотравмуючих факторів, вони відчують напругу, яка потім переходить у відчай, проявляється невдоволення професією, діє механізм «емоційного перенесення», сила емоцій направляється на себе, що проявляється в інтенсивній інтернаціоналізації обов'язків і надалі нагнітає напругу. Нерозв'язність ситуації призводить до «вигорання». У 23,33% (7 осіб) фаза формується. А у 56,67% (17 осіб) фаза є не сформованою.

У фазі «резистенція» на рівні сформованої ознаки знаходяться 26,67% (8 осіб). Респонденти показують нездатність бачити і ділити здатність економного прояву емоцій, володіння якими є показником найвищого

значення майстерності, і неадекватними емоційним реагуванням, коли функціонує принцип «хочу або не хочу». У 26,67% (8 осіб) фаза формується. А у 46,67% (14 осіб) фаза є не сформованою.

При дослідженні ступіня «виснаження» з'ясувалось, що у 30% (9 осіб) є фаза сформованою, у 23,33% (7 осіб) фаза формується. А у 46,67% (14 осіб) фаза є не сформованою.

Під час використання методики діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон) були одержані наступні результати, що наведені в Додатку Г та на рис. 2.5-2.7.

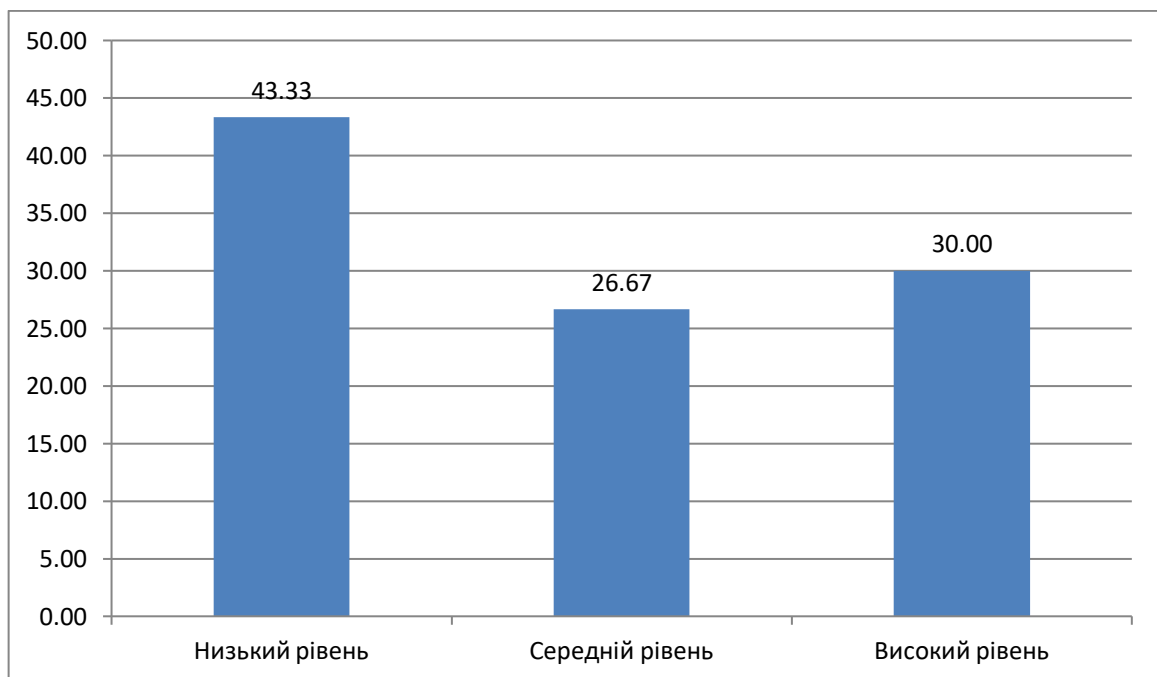


Рис. 2.5 Результати дослідження рівня емоційного виснаження, %

Отже, ми бачимо, що у 30% персоналу (9 осіб) емоційне виснаження знаходиться на високому рівні. Високі значення за шкалою «емоційне виснаження» характеризують випробовуваних, як людей, у яких знижений емоційний тонус, висока психічна виснаженість, втрачений інтерес і позитивні емоції до оточуючих. Вони відчувають втому від роботи і не задоволені життям в цілому. 26,67% (8 осіб) мають середній рівень та 43,33% (13 осіб) мають низький рівень. Високий рівень емоційного вигорання може негативно позначитися на професійній діяльності.

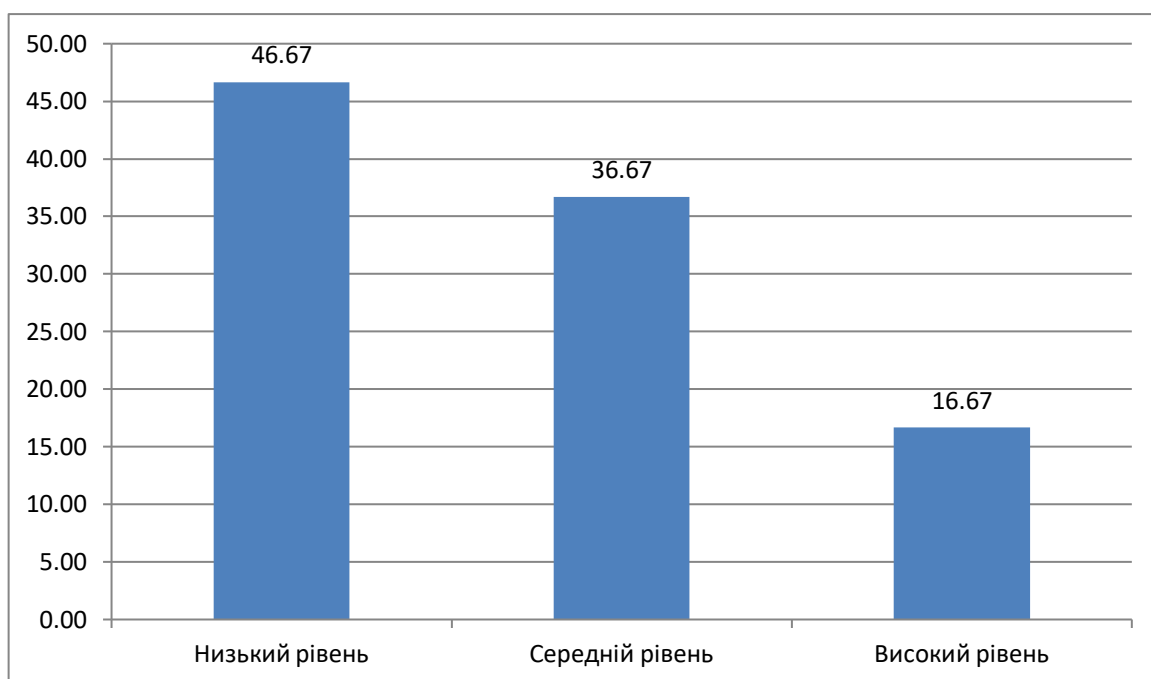


Рис. 2.6 Результати дослідження рівня деперсоналізації, %

Отже, ми бачимо, що у 16,67% персоналу (5 осіб) рівень деперсоналізації є високий. Високі значення за шкалою «деперсоналізація» характеризуються порушенням у відносинах з оточуючими. Деперсоналізація буває двох типів: залежність від інших або негатив по відношенню до інших. 36,67% (11 осіб) мають середній рівень та 46,67% (14 осіб) мають низький рівень.

Отже, на рис. 2.7 ми бачимо, що у 40,00% персоналу (12 осіб) рівень редукції особистих досягнень є високим. Високі значення за шкалою «редукція особистих досягнень» проявляється або в негативному оцінюванні себе, своїх професійних досягнень і успіхів, або в редукуванні власної гідності, обмеження своїх можливостей, обов'язків. 26,67% (8 осіб) мають середній рівень та 33,33% (10 осіб) мають низький рівень.

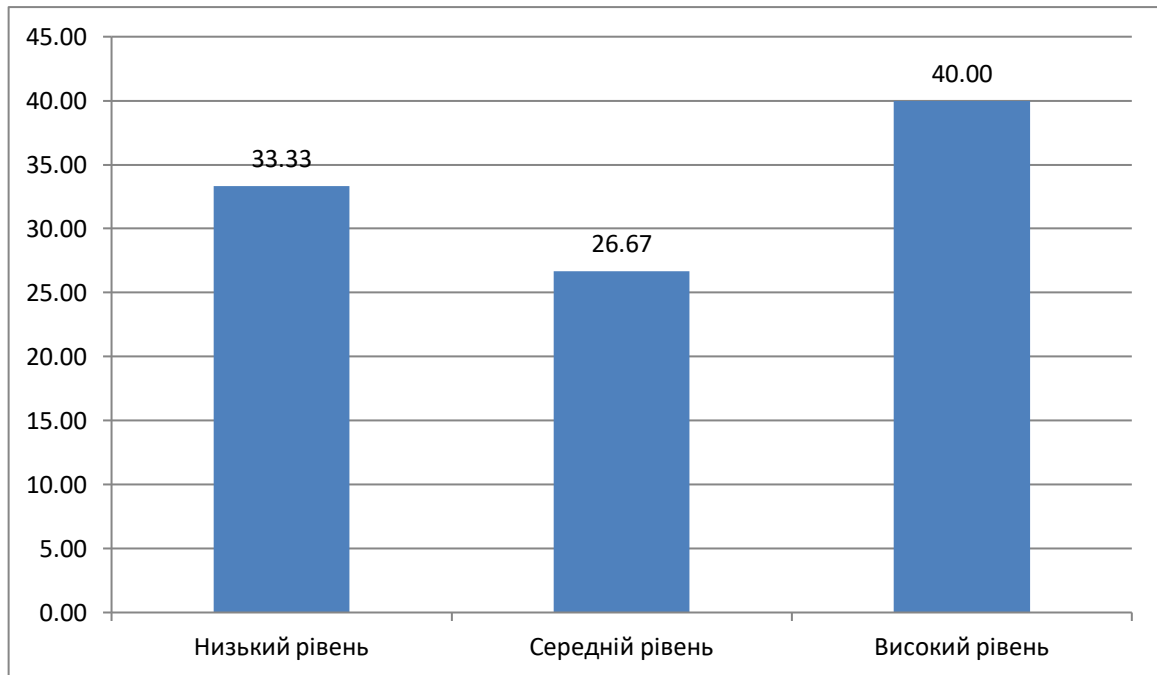


Рис. 2.7 Результати дослідження рівня редукції особистих досягнень, %

Отже, з метою перевірки кореляційного зв'язку між даними за методикою діагностика рівня емоційного вигорання В. Бойко і діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон)) була використана програма MS Excel був введений підсумковий показник синдрому емоційного вигорання та підсумковий показник професійного вигорання (рис. 2.8).

Столбец 1		Столбец 2
Столбец 1	1	
Столбец 2	0,387396	1

Рис. 2.8 Кореляція даних за методиками К. Маслач и С. Джексон

Отже, за розрахунками на рис.2.8 ми бачимо, що залежність між показниками становить 0,3874, це свідчить про те, що залежність між показниками результатів діагностик становить 38%.

Таким чином, потреба в зниженні емоційного вигорання обумовлює необхідність розробки і реалізації програми психологічної корекції, спрямованої на зниження рівня емоційного вигорання працівників психіатрії.

РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРІЇ

3.1 Обґрунтування корекційної програми для медичних працівників з синдромом вигорання

Основні теоретичні концепції в психотерапії відносяться до базових психологічних напрямів – психодинамічного, когнітивно-поведінкового та екзистенціально-гуманістичного.

Інтегративні процеси в психотерапії почали розвиватися в другій половині минулого століття. Представники цього підходу об'єднували різні ідеї, наприклад, психофізіолога І.П. Павлова та ідеї З. Фрейда в єдину концепцію. Так був запропонований інтегративний підхід в психотерапії, спочатку поєднав в собі кілька теорій і поширюється на індивідуальну, групову і сімейну форми психотерапії.

Перевага інтегративних підходів полягає в першу чергу в можливості направити психотерапевтичні інтервенції більш вузько, на конкретні психологічні феномени. Заздалегідь визначені завдання і мішені психотерапії дозволяють зменшити тривалість психотерапевтичного впливу і досягти необхідної ефективності.

На сучасному етапі одним з найбільш часто застосовуваних на практиці методів є когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ). Існує велика кількість вітчизняних і зарубіжних публікацій, в т.ч. і мета-аналізів, що підтверджують позитивні результати застосування цього методу в різних сферах медицини і медичної психології. Цілком закономірно, що з усіх психотерапевтичних методів саме КПТ має настільки істотну доказову базу. Це забезпечується важливими аспектами: чіткою структурованістю і алгоритмізацією курсів і конкретних психотерапевтичних сесій з одного боку; плануванням цілей і використанням відповідно до них конкретних психотерапевтичних технік – з

іншого; можливістю відтворюваності конкретної методики різними фахівцями – з третього.

З огляду на генетичну близькість когнітивно-поведінкової психотерапії з класичними біхевіоральними уявленнями, в її методології також використовуються концепції класичного і оперантного обумовлення, принципи навчання. Ключова позиція полягає у виключенні небажаних видів поведінки, які виникають як результат неправильного навчання в процесі виховання, і формуванні нових, більш ефективних, стратегій, альтернативних способів мислення.

Тому одна з важливих складових когнітивної психотерапії - виконання домашнього завдання [46, с.156]. Це допомагає учасникам закріпити нові відомості, отримані в результаті групової психотерапії, тим самим сприяючи зміні їх мислення, а також відпрацюванню когнітивних і поведінкових навичок.

Розвиток інтегративних підходів в КПТ сприяло формуванню, так званої «третьої хвилі» («Mindfulness-based cognitive therapy») – напряму КПТ, синтезованого з медитативними і релаксаційними техніками тренінгу зосередженого на актуальному моменті уваги (mindfulness).

Підходи сучасної когнітивно-біхевіоральної терапії, що відносяться до покоління «третьої хвилі», сприяють прийняттю суб'єктом свого травматичного суб'єктивного досвіду, необхідного для зниження рівня дистресу і оволодіння своїми емоційними реакціями і вибудовування поведінкових стратегій. З цією метою пропонується використовувати різні медитативні практики, що включають техніки зосередження на власних тілесних відчуттях, дихальні практики і вправи, що тренують увагу.

Застосування розслаблюючих технологій і медитативних практик в рамках психотерапевтичних методів досліджується в світі з середини минулого століття, разом з тим багато хто з ранніх досліджень не носили строго наукового характеру. В останні роки в дослідженнях застосовуються сучасні наукові методи і інструменти, такі як МРТ і ЕЕГ, які здатні

безпосередньо відображати фізіологію мозку і нейронну активність у людей або під час самого процесу медитації, або до - і після. Так, в 2014 році був проведений великий мета-аналіз по 474 дослідженням медитації. Результати показали, що медитативні програми надають позитивний ефект при терапії тривоги і депресії, разом з тим авторами вказується відсутність змін поведінки, пов'язаного зі стресом (зловживання психоактивними речовинами, режим сну) [87].

У своєму дослідженні J. D. Creswell, B. M. Way [61] та співавтори реєструють статистично значущий зворотний зв'язок між активацією префронтальної кори та мигдалиною у людей з високим рівнем уважності, на відміну від тих, хто обстежувався, чия уважність була не на високому рівні. Що свідчить на користь гіпотези про те, що люди, що займаються практикою усвідомленості (mindfulness), краще здатні контролювати свої емоції за рахунок виникнення області активності префронтальної кори і зменшення зони активності в області мигдалини головного мозку [61, с.560].

Існує розслаблююча техніка «Практика перемикання, зосередження і занурення «Океан» для фахівців з синдромом емоційного вигорання», яка включала комплекс дихальних вправ, що сприяють релаксації, занурення в медитативний стан і перемикання людини зі стресових ситуацій на свої почуття і відчуття в поточний момент (що і сприяє формуванню усвідомленості (mindfulness)). Зниження тривожності відбувається за принципом реципрокної інгібіції (один з прийомів КПТ), коли тривога замінюється повним розслабленням. Методика містить комплекс дихальних вправ, медитативну частину і самогіпноз. Вправи методики спрямовані на врівноваження психіки шляхом перемикання з зовнішнього світу на внутрішній; це необхідно для відволікання від проблем, нав'язливих думок, які заважають конструктивно мислити і, отже, діяти. Ця методика універсальна, підходить практично всім категоріям пацієнтів. Показанням до застосування методики є виявлений синдром емоційного вигорання, а також його

профілактика. Протипоказання, можуть бути, окреслені колом важких психічних і соматичних розладів.

Розробка інтегративної методики психотерапії для корекції синдрому емоційного вигорання у фахівців в області психічного здоров'я ґрунтувалася на сучасних теоретичних і практичних підходах інтеграції. В якості основного базового методу, відповідного одному з трьох концептуальних напрямків, була обрана КПТ дозволяє чітко описати структуру і зміст проведеної психотерапії, а також застосовувати її групову короткострокову форму. В якості основних технік використовувалися: раціонально-емоційна психотерапія, рефреймінг, щоденник думок, позитивна уява, зміна ролей і емпірична перевірка з метою знизити тривожність, збільшити НПУ і підвищити якість життя, а також проводилося навчання впевненості в собі і в своїх здібностях.

В якості додаткового методу застосовувалася медитативна техніка перемикання, зосередження і занурення «Океан» для фахівців з синдромом емоційного вигорання як метод релаксації, відповідний когнітивно-поведінкової терапії «третьої хвилі».

Визначення тим занять, вибір завдань і мішеней психотерапії були засновані на результатах досліджень і результатах експериментально-психологічного обстеження.

Для відпрацювання комунікативних навичок частина занять проводилася в форматі методу групової дискусії з метою виявлення установок і способів міжособистісної взаємодії між учасниками групи. У цьому ключі були розглянуті теми «Емпатія, аперцепція, конгруентна поведінка лікаря»; «Причини виникнення синдрому емоційного вигорання синдром емоційного вигорання у лікарів»; «Відносини між лікарем і пацієнтом»; «Поняття про структурування часу (тайм-менеджмент)»; «Комунікація з пацієнтами. Усвідомлення своїх почуттів при взаємодії з хворими людьми»; «Способи корекції синдрому емоційного вигорання».

Таким чином, для корекції синдрому емоційного вигорання запропонована модель інтегративної психотерапії, що поєднує в собі метод КПТ і медитативно-релаксаційну техніку в груповій короткостроковій формі, де основними мішенями є зниження емоційної напруги, формування адаптивних стереотипів поведінки і корекція ірраціональних установок і неадекватних очікувань, в тому числі пов'язаних і з професійною діяльністю.

3.2 Задачі корекційної програми для медичних працівників з синдромом вигорання

Завдання та цілі групової інтегративної психотерапії стосуються кількох аспектів:

1. Когнітивна сфера (інтелектуальний аспект). Включає в себе:

а) навчання новим навичкам; усвідомлення патернів своєї поведінки і шаблонів емоційного реагування в різних ситуаціях;

б) формування і заміну ірраціональних переконань на конструктивні;

в) зниження тривожності у фахівців за рахунок розуміння, які саме професійні ситуації викликають найбільшу напругу, тривогу і інші негативні переживання, що створюють умови для виникнення і закріплення астеничної симптоматики, характерною для симптому емоційного вигорання;

г) підвищення НПУ за рахунок усвідомлення власних потреб, поведінкових реакцій;

д) виявлення характерних захисних психологічних механізмів і формування більш зрілих психологічних захистів;

е) прояснення своєї ролі у виникненні і збереженні конфліктних ситуацій в робочому оточенні.

2. Емоційна сфера. Завдання змін у цій сфері полягає в навчанні фахівців розпізнаванню, вербалізації та прийняттю власних емоційних реакцій, а також перетворенню негативних емоцій в позитивні через зміну неадаптивних установок.

3. Поведінкова сфера. Процес психотерапії в цій сфері сприяє:

а) усвідомленню поведінкових патернів, заміні неадаптивних шаблонів поведінки на адаптивні;

б) оптимізації процесу комунікативної взаємодії спеціаліст – пацієнт;

в) перерозподілу особистісних ресурсів з метою зниження астеничних проявів синдрому емоційного вигорання;

г) набуття навичок структурування часу, управління цілепокладанням і планування робочого дня;

д) навчання фахівців ефективної саморегуляції за допомогою розслаблюючих технологій;

е) освоєння форм поведінки, спрямованих на стабілізацію професійної самооцінки, стійкості до негативної критики з боку оточуючих.

ж) виявлення і корекції дезадаптивних автоматичних думок і базових ірраціональних переконань, а також подальшої корекції поведінки через заміну неконструктивних переконань конструктивними.

В цілому завдання психотерапії полягають в зниженні рівня тривоги за рахунок усвідомлення її причин, зміни ставлення до професійних ситуацій, формування адаптивних патернів поведінки і навчання методам релаксації; заміну неконструктивних переконань конструктивними; в оволодінні навичками грамотного розподілу часу і цілепокладання; в зміні способу професійного функціонування фахівців з упором на отримані навички та виявлені ресурси, а також в підвищенні якості їх життя.

Мішені психотерапії: На підставі даних обстеження були визначені мішені психотерапії: наявність симптомів, що входять в структуру симптому емоційного вигорання, виявлені на підставі обстеження фахівців за допомогою методик «Опитувальник на вигорання МВІ» (К. Маслач, С. Джексон) і методики «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В.В. Бойко), індивідуально-психологічні особливості (загальна і ситуативна тривожність, характер психологічних захистів, особистісні прояви, особливості комунікативної взаємодії, неадаптивні поведінкові патерни, ірраціональні установки, труднощі ефективної саморегуляції).

Отже, завдання та цілі групової інтегративної психотерапії стосуються кількох аспектів: когнітивна сфера, емоційна сфера та поведінкова сфера.

3.3 Опис методики корекції синдрому вигорання у медичних працівників психіатрії

1 заняття: (вступне)

1. Знайомство, прийняття групових норм. Ознайомлення учасників з основними принципами КПТ. З'ясування очікувань учасників від групової терапії (15 хвилин).

2. Вправа №1, спрямована на усвідомлення особливостей формування відносин учасників групи з колегами на роботі, пацієнтами, а також з їх близьким оточенням. Потім проводиться проективний рисунковий тест для оцінки внутрішньогрупових ролей і характеру міжособистісної взаємодії, аналіз отриманих результатів. Загальний час проведення вправи і тесту – 25 хвилин.

3. Дискусія на тему «Причини, які призводять до виникнення синдрому емоційного вигорання», в ході якої учасники викладають свої індивідуальні уявлення про етіологію РЕВ з опорою на особистий досвід. Тривалість дискусії - 40 хвилин.

4. Проведення «Практики перемикання, зосередження і занурення «Океан» для фахівців з синдромом емоційного вигорання» (20 хвилин).

5. Формулювання домашнього завдання. Пропонується ведення щоденника думок, в який заносяться відомості про те, які почуття і емоції виникають у учасника в процесі взаємодії з пацієнтами під час робочого дня, що дозволяє відстежувати виникаючі почуття в робочому процесі (20 хвилин).

Заповнення щоденника думок здійснюється за схемою (табл. 3.1):

Таблиця 3.1

Щоденник думок

Показники	Опис
Опис ситуації, яка виникає під час взаємодії з пацієнтами:	
Опис думок, які виникають в момент будь-якої ситуації (так званих «автоматичних» думок):	

Опис емоцій, які відчуються в цей момент:	
Опис соматичних відчуттів	
Опис можливого альтернативного вирішення цієї проблеми:	
Опис альтернативного рішення, його емоційного, когнітивного та фактичного результату.	

2 заняття

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів. Розбір «Щоденника думок», включає емпіричну перевірку стану (техніка КПТ, спрямована на пошук альтернативного вирішення проблеми і нівелювання негативних (автоматичних) думок або аргументів), використання техніки позитивної уяви, для моделювання оптимального варіанту вирішення ситуації (25 хвилин).

2. Вправа № 2 – «Дискусія між суперечливими тенденціями», яке є прийомом КПТ, що дозволяє фахівцям уявити себе в ролі пацієнтів, відчути їх емоції. Мета вправи: налагодження комунікації між лікарем і пацієнтом, а також поліпшення взаєморозуміння з колегами. Обговорення з використанням зворотного зв'язку (25 хвилин).

3. Групова дискусія, розбір основної теми заняття «Відносини лікар – пацієнт» (40 хвилин). Аналізуються ірраціональні установки повинності. Проводиться калібрування виникаючих емоцій за допомогою 10 бальної шкали.

4. Проведення «Практики перемикання, зосередження і занурення «Океан» для лікарів з синдромом емоційного вигорання» (20 хвилин).

5. Формулювання домашнього завдання - продовження ведення щоденника думок, з включенням техніки «емпірична перевірка стану» (10 хвилин).

3 заняття

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змін щоденних записів (25 хвилин).

2. Вправа № 3 «Вміння слухати і запам'ятовувати». Обговорення з використанням зворотного зв'язку, яке включає оцінку почуттів (техніка КПТ, що дозволяє визначити рівень власної тривожності і спрямована на формування навички об'єктивної оцінки емоцій, регулювання їх вираженості) (25 хвилин).

3. Групова дискусія, розбір основної теми заняття «Емпатія, аперцепція, конгруентна поведінка лікаря» з використанням прийомів рефреймінгу, зміни дисфункціональних думок і переконань, формування альтернативних способів мислення, що сприяють підвищенню НПУ (40 хвилин). Зокрема, аналізується робочий процес, взаємодія спеціаліста з пацієнтами, ефективність комунікації, прояви і здатність фахівця до емпатії, особисте ставлення до проблеми відповідальності пацієнтів за своє здоров'я.

4. Проведення «Практики перемикавання, зосередження та занурення «Океан» для лікарів з синдромом емоційного вигорання» (20 хвилин).

5. Формулювання домашнього завдання - продовження ведення щоденника думок, з приєднанням калібрувальної техніки оцінка почуттів (10 хвилин).

4 заняття

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів (25 хвилин).

2. Вправа №4 «Усвідомлення витіснених почуттів» (25 хвилин), призначене для виявлення і усвідомлення своїх прихованих негативних емоційних станів.

3. Групова дискусія, розбір основної теми заняття «Комунікація з пацієнтами. Усвідомлення своїх почуттів і переживань при взаємодії з хворими людьми» (40 хвилин). В ході дискусії застосовується метод КПТ-навчання впевненості в собі і своїх здібностях, який сприяє підвищенню

самооцінки і впливає на компонент вигорання «редукція особистісних досягнень» (40 хвилин).

4. Проведення «Практики перемикання, зосередження і занурення «Океан» для фахівців з синдромом емоційного вигорання» (20 хвилин).

5. Формулювання домашнього завдання - продовження ведення щоденника думок із застосуванням нових навичок (10 хвилин).

5 заняття

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів (25 хвилин).

2. Вправа № 5 «Відображення і відреагування почуттів», спрямована на вираження і експресивну передачу пригнічених емоцій. В ході проведення вправи застосовується техніка КПТ-емпірична перевірка, яка включає способи, що допомагають знайти раціональне рішення і нівелювати негативні думки і аргументи (25 хвилин).

3. Продовження теми групової дискусії: «Комунікація з пацієнтами. Усвідомлення своїх почуттів при взаємодії з хворими людьми» Розвиток теми включає в себе аспекти екології міжособистісних взаємин (40 хвилин).

4. Проведення «Практики перемикання, зосередження і занурення «Океан» для фахівців з синдромом емоційного вигорання» (20 хвилин).

5. Формулювання домашнього завдання - продовження ведення щоденника думок із застосуванням нових навичок (10 хвилин).

6 заняття

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів (25 хвилин).

2. Вправа № 6 «Перетворення негативних емоцій в позитивні», під час вправи застосовується техніка КПТ «позитивна уява», яка допомагає уникати негативних уявлень і негативних думок, формулюючи позитивні конструкти (25 хвилин).

3. Групова дискусія, розбір основної теми заняття «Поняття про структурування часу» - «тайм-менеджмент» з використанням зворотного

зв'язку від учасників групи. Учасники навчаються навичкам структурування часу, плануванню та рівномірному розподілу справ протягом свого робочого дня, що сприяє підвищенню НПУ та збільшенню толерантності до стресових навантажень (40 хвилин).

4. Проведення «Практики перемикання, зосередження і занурення «Океан» для фахівців з синдромом емоційного вигорання» (20 хвилин).

5. Формулювання домашнього завдання - продовження ведення щоденника думок із застосуванням техніки позитивної уяви (10 хвилин).

7 заняття

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів (25 хвилин).

2. Вправа № 7 «Знаходження ресурсів», яка допомагає знайти і усвідомити наявні особистісні ресурси і розглянути особливості їх застосування у своїй трудовій діяльності. Учасники відповідають на спеціально розроблені питання. Відповіді калібруються за допомогою 10-бальної шкали і заносяться в щоденник, який фахівці вели протягом усього часу групової роботи (25 хвилин).

3. Групова дискусія, розбір основної теми заняття «Способи корекції синдрому емоційного вигорання», в ході якої учасники пропонують ефективні способи, що застосовуються ними раніше і в ході проходження психотерапії для подолання синдрому емоційного вигорання (40 хвилин).

4. Проведення «Практики перемикання, зосередження і занурення «Океан» для лікарів з синдромом емоційного вигорання» (20 хвилин).

5. Формулювання домашнього завдання – продовження ведення щоденника думок, з приєднанням калібрувальних технік (10 хвилин).

8 заняття. Підведення підсумків

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів (25 хвилин).

2. Вправа № 8 «Отримання задоволення від виконання професійної діяльності» (25 хвилин), спрямована на закріплення і інтеграцію нового отриманого емоційного, когнітивного і поведінкового досвіду.

3. Групова дискусія, обговорення результатів терапії, зворотного зв'язку від учасників про успішність формування нових принципів і способів організації професійної діяльності, зміну емоційного стану, когнітивних оцінок, поведінкових стереотипів. Заключне слово ведучого, узагальнюючого індивідуальні та загальногрупові результати психотерапевтичної роботи (40 хвилин).

4. Проведення «Практики перемикавання, зосередження і занурення «Океан» для фахівців з синдромом емоційного вигорання» (20 хвилин).

5) формулювання планів, пов'язаних з професійною діяльністю (10 хвилин).

Отже, методика корекції синдрому вигорання у медичних працівників психіатрії складалася з 8 основних занять. 1 заняття вступне; 2-7 коригуючі заняття; 8 заняття підсумкове.

Для відпрацювання комунікативних навичок частина занять проводилася в форматі методу групової дискусії з метою виявлення установок і способів міжособистісної взаємодії між учасниками групи. У цьому ключі були розглянуті теми «Емпатія, аперцепція, конгруентна поведінка лікаря»; «Причини виникнення синдрому емоційного вигорання синдром емоційного вигорання у лікарів»; «Відносини між лікарем і пацієнтом»; «Поняття про структурування часу (тайм-менеджмент)»; «Комунікація з пацієнтами. Усвідомлення своїх почуттів при взаємодії з хворими людьми»; «Способи корекції синдрому емоційного вигорання».

ВИСНОВКИ

Отже, прийнято вважати, що вперше прийнятий науковим співтовариством термін «burnout» – «згоряння», «вигоряння» – запропонував Г. Фрейденберг в 1974 році, охарактеризувавши даний розлад в роботі «Staffburn-out».

Процесуальна модель професійного вигорання Б. Перлмана і Е. Хартмана була описана ними у 1982 р. і акцентує увагу на динамічному характері синдрому професійного вигоряння.

Далі дослідження питання вигорання набуло міждисциплінарний характер, і до його вивчення приєдналися соціологи, практикуючі лікарі, працівники освіти та навіть юристи. Подальші публікації на початку не мали строго наукового характеру.

Відповідно до процесної моделі М. Буріша, розвиток професійного вигорання проходить ряд фаз та стадій.

У 1993 р. на конференції в Сан-Франциско консиліумом зарубіжних науковців у галузі психічного здоров'я вперше була висунута єдина концепція вигорання, незважаючи на те, що думки науковців однозначними не були.

Концепція мала в собі такі положення: 1. вигорання має трикомпонентну структуру – «емоційне виснаження», «відгороджене (дистантне) ставлення до пацієнтів» і «редукцію персональних досягнень». 2. вигорання носить відносно незворотний характер. 3. вигорання головним чином утворюється в середовищі спеціалістів, які працюють з людьми. На думку низки дослідників, є четверта ознака вигорання – нудьга.

Завдяки сформованим уявленням про вигорання, з плином часу була розроблена, стандартизована і валід методика MBI («Maslach Burnout Inventory»), донині є «золотим стандартом» для діагностики вигорання.

З точки зору В.В. Бойка вигорання «є формою професійної деформації особистості». Цим же дослідником була запропонована концепція вигорання у вигляді 12 симптомів.

Термін «синдром емоційного вигорання» є найбільш поширеним, часто вживаним і МКХ 11 перегляду містить таке визначення синдрому емоційного вигорання: «емоційне вигорання – це синдром, визнаний результатом хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий» (МКХ-11).

На даний момент погляди вчених на вигорання різняться і представлені двома концепціями в світовому співтоваристві, це К.Масlach та В. В. Бойко.

В психології існують різні концепції і моделі стресу в залежності від базових наукових уявлень. У теоретико-методологічному плані виділяються три основні концептуальні парадигми: парадигма відповідності в системі «особистість-середовище», процесуально-когнітивна парадигма, парадигма регуляції станів. На додаток до психологічних моделей і концепцій існує велика кількість природничих досліджень, які розглядають стрес з позиції фізіології, нейрогуморальних наук.

Узагальнюючи дані проведених раніше досліджень, можна виділити основні фактори, що лежать в основі виникнення і формування вигорання у осіб, що працюють в системі «людина-людина» зокрема, у лікарів як фахівців найбільш схильних до ризику виникнення даного синдрому: несприятливий вплив на психіку тривалого перебування в контакті з психічно хворими; недостатній професіоналізм лікаря; особливості робочої ситуації; труднощі адаптації до професійної діяльності; вплив індивідуальної афективної нестійкості особистості, або так званої нервово-психічної нестійкості у формуванні реакцій на стрес; на прояв ознак вигорання у лікарів впливають низький престиж професії лікаря і підвищені емоційні навантаження у медичних працівників; високі показники суїцидальних спроб і dokonаних суїцидів серед пацієнтів; вік лікарів; гендерні відмінності у формуванні симптомів; відсутність ефекту від терапії у пацієнтів викликає розчарування в лікувальному процесі у лікарів і провокує розвиток фактора «редукції персональних досягнень».

Дослідження проводилося на базі базі Київської міської психіатричної лікарні №1 ім. І.П. Павлова в рамках магістерського дослідження протягом 19-31 липня 2024 року.

В ході дослідження за період з 19 по 31 липня, було обстежено 15 лікарів та 15 медичних сестер. Стаж роботи - від тижня до 14 років.

Методи дослідження: клінічний метод, що включає напівструктуроване інтерв'ю (клініко-анамнестичний, клініко-атопсихологічний, клініко-патогенетичний), експресериментально-психологічний метод (діагностика рівня емоційного вигорання В. Бойко і діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон)) і статистичний методи.

За розрахунками залежність між показниками становить 0,3874, це свідчить про те, що залежність між показниками результатів діагностик становить 38%.

Потреба в зниженні емоційного вигорання обумовлює необхідність розробки і реалізації програми психологічної корекції, спрямованої на зниження рівня емоційного вигорання працівників психіатрії.

Для корекції синдрому емоційного вигорання запропонована модель інтегративної психотерапії, що поєднує в собі метод КПТ і медитативно-релаксаційну техніку в груповій короткостроковій формі, де основними мішенями є зниження емоційної напруги, формування адаптивних стереотипів поведінки і корекція ірраціональних установок і неадекватних очікувань, в тому числі пов'язаних і з професійною діяльністю.

Завдання та цілі групової інтегративної психотерапії стосуються кількох аспектів: когнітивна сфера, емоційна сфера та поведінкова сфера.

Методика корекції синдрому вигорання у медичних працівників психіатрії складалася з 8 основних занять. 1 заняття вступне; 2-7 коригуючі заняття; 8 заняття підсумкове.

Для відпрацювання комунікативних навичок частина занять проводилася в форматі методу групової дискусії з метою виявлення установок і способів міжособистісної взаємодії між учасниками групи. У цьому ключі

були розглянуті теми «Емпатія, апперцепція, конгруентна поведінка лікаря»; «Причини виникнення синдрому емоційного вигорання синдром емоційного вигорання у лікарів»; «Відносини між лікарем і пацієнтом»; «Поняття про структурування часу (тайм-менеджмент)»; «Комунікація з пацієнтами. Усвідомлення своїх почуттів при взаємодії з хворими людьми»; «Способи корекції синдрому емоційного вигорання».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1.Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. С. 1-14.
- 2.Батюх О. В. "Синдром емоційного вигорання у медичних сестер"// *Медсестринство*. 2021, № 1, с. 11-13.
- 3.Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. *Психологічні перспективи*. 2020. Вип. 36. С. 37 – 48.
- 4.Березовська Л.І. Професійне вигорання як форма професійної деформації працівників організації. Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Т. І. *Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*. Вип. 41. 2014. С. 66 – 70.
- 5.Бойко В. В. Психоенергетика / В.В. Бойко. К. 2018. 416 с.
- 6.Бойко В.В. Синдром емоційного вигорання в професійному спілкуванні / В.В. Бойко. К. 2009. 105 с.
- 7.Бойко В.В. Енергія емоцій у спілкуванні: погляд на себе і на інших / В. В. Бойко. К.: Інформаційно-видавничий дім. 2006. 472 с.
- 8.Бойко В. В. Енергія емоцій: емоції в спілкуванні. Емоції в проявах особистості. Творить і руйнує сила емоцій. Методики для вивчення емоцій/ В. В. Бойко. 2 – е изд/, доп.і перераб. К. 2014. 474 с.
- 9.Булатевич Н.М. Синдром емоційного вигорання в контексті професійної майстерності лікаря / Н.М. Булатевич. К: Міленіум, 2013. 77- 79 с.
- 10.Булах В. П. Синдром професійного вигорання як складний психофізіологічний феномен // *Медсестринство: науково-практичний журнал*. 2015. №4. С. 47–51.

- 11.Величко А. Основні детермінанти емоційного вигорання особистості / А. Величко // *Вісник Київського Ін-ту бізнесу та технологій*. 2012. Вип. № 1 (17). С. 89.
- 12.Галян А.І. Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності: дис... канд.. психол. наук. Луцьк, 2016. 234 с.
- 13.Головенко Х.В., Сопель О.М. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу і фактори, які спричиняють його розвиток. *Медсестринство*. 2017. №4. С. 51-53.
- 14.Драга Т. М. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників / Т. М. Драга, О. П. Мялюк, І. Я. Криницька // *Медсестринство*. 2017. № 3. С. 48–51.
- 15.Дудяк В. Емоційне вигорання / В. Дудяк. К. : Главник, 2017. С. 3–125.
- 16.Знанецька О. М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. // *Вісник Дніпропетровського університету ім. О. Гончара. Серія «Педагогіка і психологія»*. 2013. № 8. С. 80–87.
- 17.Карташов В. Н.Емоційне вигорання медичних працівників / *Містер Блістер*. 2016. №10. С. 55.
- 18.Колтунович Т. А. Сутність і співвідношення понять «професійне вигорання» та «професійний стрес». *Гуманітарний Вісник Переяслав-Хмельницького державного пед.. ун-т ім. Григорія Сковороди*. Київ: Гнозис, 2013. Вип. 31. Т. III. С. 142–151.
- 19.Коляденко Н. В. Синдром професійного вигорання у медичних працівників // *Довідник головної медичної сестри*. 2013. №2. С. 46-52.
- 20.Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медсестринство*. 2019. № 3. С. 39 – 41.
- 21.Косарев В. В. Неврози у медичних працівників // *Здоров'я України*. 2021. № 1. С. 49.

22.Кравець О. В., Станін Д. М., Єхалов В. В. Стрес-адаптація медичних працівників за умов воєнного часу. URL: <https://repo.dma.dp.ua/7445/1/стрес-адаптація%20медичних%20працівників.pdf> (дата звернення: 07.09.2024).

23.Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоед'юкативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом. *Психіатрія*. 2010. № 1. С. 34–39.

24.Матвієнко О. М. Культура здоров'я персоналу та синдром психоемоційного вигорання: стратегія і тактика подолання. *Персонал*. №1.2017. С. 13–16. URL: <http://www.personal.in.ua/article.php?ida=433> (дата звернення: 22.09.2024).

25.Маляр-Газда Н. М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодення / Маляр-Газда Н. М. // *Науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики – сімейної медицини*. 2015. № 3. С. 15–18.

26.Марія О. Дослідження синдрому вигорання. КПТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*. 2021. С. 2.

27.Мащак С. Професійне вигорання особистості як соціально-психологічна проблема. // *Науковий вісник Львівський державний університет внутрішніх справ*. 2021. №2 (1). С. 444–452.

28.Мірошніченко О. Профілактика синдрому «професійного вигорання» у працюючих в екстремальних умовах. Навчально-методичний посіб. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2013. 155 с.

29.Мудренко І. Г., Потапов О. О., Сотніков Д. Д. Формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників різних спеціальностей // *Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень*. 2016. Т. 4, № 2. С. 316–323.

30.Лотоцька-Голуб Л.Л. Соціально-психологічні чинники резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук. Київ. 2016. 258 с.

31.Назаренко І.П. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників психіатричної сфери. *Новини медицини та фармації*. 2011. № 383. С.45.

32.Павлюк Т. В, Толокова Т. І. Особливості емоційної сфери медичних працівників. *Медсестринство*. 2018. №25. С. 25-28.

33.Психологічні аспекти медичної праці: навч. Посібник / Уклад. І.В. Федік. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 126 с.

34.Ретявко О.В. Проблема вигорання у медичних працівників та способи корекції. Харків : ХМАПО, кафедра сексології, психотерапії та медичної психотерапії, 2021. С.55.

35.Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів // *Економічний вісник Донбасу*. 2020. № 1 (59). С. 123–129.

36.Терзи О.О. Корекція та профілактика синдрому емоційного вигорання у лікарів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2017. Вип. 6(2). С. 101–105.

37.Трунов Д.Г. «Синдром згоряння» : позитивний підхід до проблеми. *Журнал практичного психолога*. 2008. № 5. С. 29-37.

38.Шелков В.Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. *Український медичний часопис*. 2019. № 2 (70)ІІІІ. 2009. С. 57–59.

39.Юр'єва Л. М. Професійне вигорання у медичних працівників. Формування, профілактика і корекція / Л. М. Юр'єва. К. : Сфера, 2014. 272 с.

40.Юрков О.С., Соломко І.О. Синдром емоційного вигорання медичних працівників. *Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія «Педагогіка та психологія»*. Випуск 1 (5), 2017. С. 213- 215.

41.Acker G.M. The challenges in providing services to clients with mental illness: Managed care, burnout and somatic symptoms among social workers / G.M. Acker // *Community Mental Health Journal*. 2020. Vol. 46 (6). P. 591–600.

42.Ahola K. Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach / K. Ahola, J. Hakanen, R. Perhoniemi // *Burnout Research*. 2014. Vol. 1. P. 29–37.

43.Ashtari Z. Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health / Z. Ashtari, F.Y. Khodaei // *African Journal of Psychiatry (South Africa)*. 2019. Vol. 12 (1). P. 71–74.

44.Ballenger-Browning K.K. Predictors of burnout among military mental health providers / K.K. Ballenger-Browning, K.J. Schmitz, J.A. Rothacker et al. // *Military Medicine*. 2021. Vol. 176 (3). P. 253–260.

45.Bangasser D.A Sex differences in corticotropin-releasing factor receptor signaling and trafficking: potential role in female vulnerability to stress-related psychopathology / D.A. Bangasser, A. Curtis, Beverly A.S. Reyes et al. // *Molecular Psychiatry*. 2020. Vol. 15 (9). P. 896–904.

46.Beck, A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders / A.T. Beck. NewYork: International Universities Press, 1976. 356 p.

47.Bender A. Depression and the workplace: A progress report / A. Bender, P. Farvolden // *Current Psychiatry Reports*. 2018. Vol. 10. (1). P. 73–79.

48.Berry K. The role of expressed emotion in relationships between psychiatric staff and people with a diagnosis of psychosis: A review of the literature / K. Berry, C. Barrowclough, G. Haddock // *Schizophrenia Bulletin*. 2021. Vol. 37 (5). P. 958–972.

49.Berry K. The relevance of attachment theory for psychiatric rehabilitation and implications for practice / K. Berry, R. Drake // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2020. Vol. 16 (4). P. 308–315.

50.Bianchi R. Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression / R. Bianchi, I.S. Schonfeld, E. Laurent // *Journal of Stress Management*. 2014. Vol. 21 (4). P. 307–324.

51.Bianchi R. Is burnout solely job related? A critical comment / R. Bianchi, D. Truchot, E. Laurent et al // *Scandinavian Journal of Psychology*. 2014. Vol. 55 (4). P. 357–361.

52.Bianchi R. Burnout: Absence of binding diagnostic criteria hampers prevalence estimates / R. Bianchi, I.S. Schonfeld, E. Laurent // *International Journal of Nursing Studies*. 2015. Vol. 52 (3). P. 789–790.

53.Biebel E.P. Compassion fatigue, burnout, and frustration in substance abuse counselors working with offenders in prisons versus community settings / E.P. Biebel. Dissertation Abstracts International. Section A: Humanit. Soc. Sci, 2012. – Vol. 72 (11-A). P. 44.

54.Bowers L. Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: The Tompkins Acute Ward Study / L. Bowers, A. Simpson, S. Eyres et al. // *International Journal of Mental Health Nursing*. 2016. Vol. 15 (4). P. 226– 234

55.Bressi C. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey / C. Bressi, M. Porcellana, O. Gambini et al. // *Psychiatry Services*. 2019. Vol. 60 (7). P. 985–988.

56.Brewer E.W. Employee Burnout: A Meta-Analysis of the Relationship Between Age or Years of Experience / E.W. Brewer, L. Shapard // *Human Resource Development Review*. 2014. Vol. 3 (2). P. 102–123.

57.Bruce S.M. Burnout in physicians: A case for peer-support / S.M. Bruce, H.M. Conaglen, J.V. Conaglen // *Internal Medicine Journal*. 2015. Vol. 35 (5). P. 272–278.

58.Carrola P.A. Measurement Invariance of the Counselor Burnout Inventory Across Cultures: A Comparison of U.S. and Korean Counselors / P.A. Carrola, K Yu, D.A. Sass, S.M. Lee // *Measurement and Evaluation in Counseling and*. 2012. Vol. 45 (4). P. 227–244.

59.Buchwald D. The post-infectious chronic fatigue syndrome: laboratory abnormalities. Epstein-Barr Virus and Human disease. 1989. P.419.

- 60.Burisch M. Ein integrierendes Burnout-Modell. Das Burnout-Syndrom, 1994. P.117–210.
- 61.Creswell, J.D. Neuralcorrelates of dispositional mindfulness during affect labeling / J.D. Creswell, B.M. Way, N.I. Eisenberger et al. // *Psychosomatic Medicine*. 2017. Vol. 69 (6). P. 560–565.
- 62.Demerouti E. The job demands-resources model of burnout / E. Demerouti. A.B. Bakker, F. Nachreiner, W.B. Schaufeli // *Journal of Applied Psychology*. 2021. Vol. 86 (3). P. 499–512.
- 63.Evans S. The impact of «statutory duties» on mental health social workers in the UK / S. Evans, P. Huxley, M. Webber et al. // *Health and Social Care in the Community*. 2015. Vol. 13 (2). P. 145–154.
- 64.Fischer J. What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study / J. Fischer, S. Kumar, S. Hatcher // *Australasian Psychiatry*. 2017. Vol. 15 (5). P. 417–421.
- 65.Freudenberger H.J. Burn-out. How to beat the high cost of success / H.J., Freudenberger, G. Richelson. Toronto ; NewYork: Bantam Books, 1981. 214 p.
- 66.Freudenberger H.J. Staff burnout / H.J., Freudenberger // *Journal of Social Issues*. 1974. Vol. 30 (1). P. 159–165.
- 67.Garner B.R. Burnout among corrections-based drug treatment staff / B.R. Garner, K. Knight, D.D. Simpson // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2017. Vol. 51 (5). P. 510–522.
- 68.Green A.E. The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers / A.E. Green, B.J. Albanese, N.M. Shapiro, G.A. Aarons // *Psychological Services*. 2014. Vol. 11 (1). P. 41–49.
- 69.Griffin M.L. Job Involvement, Job Stress, Job Satisfaction, and Organizational Commitment and the Burnout of Correctional Staff / M.L. Griffin, N.L. Hogan, E. G. Lambert et al. // *Criminal Justice and Behavior*. 2020. Vol. 37 (2). P. 239–255.

70. Halbesleben J.R.B. Burnout in organizational life / J.R.B. Halbesleben, M.R. Buckley // *Journal of Management*. 2014. Vol. 30 (6). P. 859–879..
71. Jordan K. Vicarious Trauma: Proposed Factors That Impact Clinicians / K. Jordan // *Journal of Family Psychotherapy*. 2020. Vol. 21 (4). P. 225–237.
72. Kondo K. Burnout syndrome. *Asian Medical Journal*. 1991. 34(11), P.34-42.
73. Kuznietsova L., Frolov V., Peresadin M. The clinicpathogenetic characteristic and treatment of chronic fatigue syndrome of, with an allergic pathology. *Aktualni problemy farmatsii ta farmakolohii*. 2013. P.407-436.
74. Kumar S. Burnout and Job Satisfaction in New Zealand Psychiatrists: a National Study / S. Kumar, J. Fischer, E Robinson et al. // *International Journal of Social Psychiatry*. 2017. Vol. 53 (4). P. 306–316.
75. Linnerooth P.J. Professional burnout in clinical military psychologists: Recommendations before, during, and after deployment / P.J. Linnerooth, A.J. Mrdjenovich, B.A. Moore // *Professional Psychology: Research and Practice*. 2021. Vol. 42 (1). P. 87–93.
76. Maher E. The burnout syndrome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1983. (7), P.15-20.
77. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analysing a complex phenomenon / C. Maslach // *Job Stress and Burnout* /ed. by W.S. Paine. Beverly Hills: Sage Publ., 1982. P. 29–40.
78. Maslach C. Maslach Burnout Inventory manual. 3rd Edition / C. Maslach, S.E. Jackson, M.P. Leiter. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996. 52 p.
79. Maslach C. Job Burnout / C. Maslach, W.B. Schaufeli, M.P. Leiter // *Annual Review of Psychology*. 2021. Vol. 52. P. 397–422.
80. Maslach C. The Maslach Burnout Inventory / C. Maslach, S.E. Jackson *Palo Alto: Consulting Psychologist Press*, 1981. 19 p.
81. Maslach C. The measurement of experienced burnout / C. Maslach, S.E. Jackson // *Journal of Occupational Behavior*. 1981. Vol. 2 (2). P. 99–113.

82. McManus I.C. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates / I.C. McManus, A. Keeling, E. Paice // *BMC Medicine*. 2014. Vol. 2, Article number: 29. URL: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-29> (дата звернення 20.09.2024).

83. Moore K.A. Stress in Mental Health Professionals: a Theoretical Overview / K.A. Moore, C.L. Cooper // *International Journal of Social Psychiatry*. 2016. Vol. 42 (2). P. 82–89.

84. Mor Barak M.E. Antecedents to Retention and Turnover among Child Welfare, Social Work, and Other Human Service Employees: What Can We Learn from Past Research? A Review and Meta-analysis / M.E. Mor Barak, J.A. Nissly, A. Levin // *Social Service Review*. 2021. Vol. 75 (4). P. 625–661.

85. Morse G. Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation / G. Morse, M.P. Salyers, A.L. Rollins et al. // *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2022. Vol. 39 (5). P. 341–352.

86. Lloyd A. R., Wakefield D., Boughton C. R., & Dwyer J. M. Immunological abnormalities in the chronic fatigue syndrome (for editorial comment, see page 117). *Medical Journal of Australia*. 1989. 151(3). P.122–124.

87. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) Meditation: In Depth. URL: <https://nccih.nih.gov/health/meditation/overview.htm> (data accessed: 11.10.2024).

88. Onyett S. Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams / S. Onyett // *Journal of Mental Health*. 2021. Vol. 20 (2). P. 198–209.

89. Onyett S. Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams / S. Onyett, T. Pillinger, M. Muijen // *Journal of Mental Health*. 2017. Vol. 6 (1). P. 55–66.

90. Pejušković B. Burnout syndrome among physicians—the role of personality dimensions and coping strategies / B. Pejušković, D. Lečić-Toševski, S. Priebe, O. Tošković // *Psychiatria Danubina*. 2021. Vol. 23 (4). P. 389–395.

91. Perlman B. Burnout: Summary and Future and Research / B. Perlman, E.A. Hartman // *Human Relations*. 2022. Vol. 35 (4). P. 38–42.
92. Peterson U. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers / U. Peterson, E. Demerouti, G. Bergström et al. // *Journal of Advanced Nursing*. 2018. Vol. 62 (1). P. 84–95.
93. Pines A. M. & Aronson E. Burnout: From tedium to personal growth. NY 1983. 229 p.
94. Polyakova O. Category «Professional Deformation» in Psychology. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014. P. 279–282.
95. Prosser D. Mental Health: «Burnout» and Job Satisfaction among Hospital and Community-Based Mental Health Staff / D. Prosser, S. Johnson, E. Kuipers et al. // *British Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 169 (3). P. 334–337.
96. Puig A. Burnout syndrome in psychotherapists: a comparative analysis of five nations / A. Puig, E. Yoon, C. Callueng et al. // *Psychological Services*. 2014. Vol. 11 (1). P. 87–96.
97. Purvanova R.K. Gender differences in burnout: A meta-analysis / R.K. Purvanova, J.P. Muros // *Journal of Vocational Behavior*. 2020. Vol. 77 (2). P. 168–185.
98. Rosenman R.H. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: a follow-up experience of 4.5 years / R.H. Rosenman, M.G. Friedman, R. Straus et al. // *Journal of Chronic Diseases*. 1970. Vol. 23 (3). P. 173–190.
99. Rey J.M. Australian psychiatrists today: Proud of their profession but stressed and apprehensive about the future / J.M. Rey, G. Walter, M. Giuffrida // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 38 (3). P. 105–110.
100. Sanne B. Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study / B. Sanne, A. Mykletun, A.A. Dahl et al. // *Occupational Medicine*. 2015. Vol. 55 (6). P. 463–473.
101. Schaufeli W.B. Burnout: 35 years of research and practice / W. B. Schaufeli, M.P. Leiter, C. Maslach // *Career Development International*. 2019. Vol. 14 (3). P. 204–220.

102. Shin H. Cross-cultural validation of the counselor burnout inventory in Hong Kong / H. Shin, M. Yuen, J. Lee, S.M. Lee // *Journal of Employment Counseling*. 2013. Vol. 50 (1). P. 14–25.

103. Shirom A. Burnout and health review: current knowledge and future research directions / A. Shirom, S. Melamed, S. Toker et al. // *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. 2015. Vol. 20. P. 269–308.

104. Snibbe J.R. Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting / J.R. Snibbe, T. Radcliffe, C. Weisberger et al. // *Psychological Reports*. 2019. Vol. 65 (3, Pt 1). P. 775–780.

105. Stebnicki M.A. Empathy Fatigue: Healing the Mind, Body, and Spirit of Professional Counselors / M.A. Stebnicki. New York: Springer Publ. Co., 2018. 256 p.

106. Steinman M.Q. Sex-specific effects of stress on oxytocin neurons correspond with responses to intranasal oxytocin / M.Q. Steinman, N. Duque-Wilckens, G.D. Greenberg et al. // *Biological Psychiatry*. 2016. Vol. 80 (5). P. 406–414.

107. Thomsen S. Feelings of professional fulfillment and exhaustion in mental health personnel: The importance of organizational and individual factors / S. Thomsen, J. Soares, P. Nolan et al. // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2019. Vol. 68 (3). P. 157–164.

108. Vaccaro J.V. A profile of community mental health center psychiatrists: Results of a national survey / J.V. Vaccaro, G.H. Clark // *Community Mental Health Journal*. 2017. Vol. 23 (4). P. 282–289.

109. Volpe U. Risk of burnout among early career mental health professionals / U. Volpe, M. Luciano, C. Palumbo et al. // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014. Vol. 21 (9). P. 774–781.

110. Van Dierendonck D., Schaufeli W. B. & Sixma H. J. Burnout among General Practitioners: A Perspective from Equity Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1994. 13(1) P.86–100.

111.Wang J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s) / J. Wang // *Psychological Medicine*. 2015. Vol. 35 (6). P. 865–871.

112.Yagi D.T. Cross-cultural validation of factor structure in the Japanese Counselor Burnout Inventory / D.T Yagi, J. Lee, A. Puig, S. Lee // *Japanese Psychological Research*. 2021. Vol. 53 (3). P. 281–291.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика діагностики емоційного вигорання В. Бойко

Інструкція. Якщо ви професіонал у будь якій галузі спілкування з людьми, то для вашої діяльності важливо, в якій мірі у вас сформований психологічний захист у формі **«емоційного вигорання»**. Прочитайте твердження та дайте відповідь **«так»** або **«ні»**. Там, де у запропонованих твердженнях опитувальника йдеться про **«партнерів»**, маються на увазі суб'єкти вашої професійної діяльності – клієнти, учні та інші люди, із якими ви щоденно співпрацюєте.

1. Організаційні недоліки на роботі постійно примушують нервувати, переживати, напружуватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився(лася) у виборі професії або профілю діяльності.
4. Мене непокоїть те, що я став(ла) гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Теплота взаємодії з партнерами залежить від мого настрою.
6. Від мене як від професіонала мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (2 – 3 години) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся якомога швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу надати партнеру те, чого вимагає професійний обов'язок.
10. Моя робота не дає виражатися моїм емоціям.
11. Я відверто втомився(лася) від людських проблем, із якими доводиться мати справу на роботі.

12. Буває, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить все менше задоволення.
15. Я б змінив(ла) місце роботи, якби була така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу належними чином надати партнерові професійну підтримку, допомогу.
17. Мені завжди вдається запобігти впливові поганого настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже засмучує, якщо щось негаразд у стосунках із діловими партнерами.
19. Я настільки втомлююсь на роботі, що дома намагаюсь спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втомленість або напруження, часто приділяю партнерові менше уваги, ніж належить.
21. Інколи звичайні ситуації спілкування на роботі викликають у мене роздратування.
22. Я спокійно приймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене триматися осторонь від людей.
24. Коли згадую деяких колег по роботі чи партнерів, у мене псується настрій.
25. Конфлікти чи розбіжність поглядів із колегами забирають багато сил і емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі здаються мені дуже складними.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось повинно статися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все, як належить, чи не скоротять мене тощо.

29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюсь обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги.

30. На роботі під час спілкування я дотримуюсь принципу: «Не роби людям добра, не отримаєш лиха».

31. Я охоче вдома розповідаю про свою роботу.

32. Бувають дні, коли мій емоційний стан негативно впливає на результати роботи (менше виконую, знижується якість, трапляються конфлікти).

33. Інколи я відчуваю, що треба виявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.

34. Я дуже переживаю за свою роботу.

35. Партнерам по роботі віддаєш уваги та турботи більше, ніж отримуєш.

36. Коли думаю про роботу, мені стає не по собі: починає колоти в ділянці серця, підвищується тиск, з'являється головний біль.

37. У мене добрі стосунки з керівником.

38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота йде на користь людям.

39. Останнім часом, мене переслідують невдачі в роботі.

40. Деякі сторони моєї роботи викликають глибоке розчарування.

41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж звичайно.

42. Я враховую особливості ділових партнерів гірше ніж раніше.

43. Стомленість від роботи призводить до того, що я прагну скоротити спілкування з друзями та знайомими.

44. Я зазвичай виявляю інтерес до особистості партнера, окрім того, що стосується справи.

45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, у гарному настрої.

46. Я інколи ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без натхнення, запалу, ентузіазму.

47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого.

48. Після спілкування з неприємними партнерами, у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття.

49. На роботі я маю постійні фізичні або психологічні перевантаження.

50. Успіхи в роботі наповнюють мене натхненням.

51. Ситуація на роботі, у якій я опинився (лася), здається безвихідною.

52. Я втратив(ла) спокій через роботу.

53. Упродовж останнього року була скарга (скарги) на мою роботу з боку партнера (партнерів).

54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що я не сприймаю близько до серця те, що відбувається з партнером.

55. Я часто приношу з роботи додому негативні емоції.

56. Я часто працюю понад силу.

57. Раніше я був(ла) більш чуйним(ною) і уважним(ною) до партнерів, ніж зараз.

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

59. Інколи я йду на роботу з важким відчуттям: як усе набридло, нікого б не бачити і не чути.

60. Після напруженого робочого дня я відчуваюся трохи недобре.

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

62. Інколи мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я втрачаю.

63. Якби мені поталанило з роботою, я був(ла) би(б) щасливішим(ою).

64. Я у відчаї через те, що на роботі у мене серйозні проблеми.

65. Інколи я поводжуся зі своїми партнерами так, як не хотів(ла) би(б) щоб поводитися зі мною.
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на пільги, поблажливість, увагу.
67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил робити хатні справи.
68. Я постійно підганяю час: скоріше б робочий день закінчився.
69. Стан, прохання, потреби партнерів мене щиро турбують.
70. Працюючи з людьми, я ніби ставлю екран, який захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, часто вживаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю в силу обставин.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервую через все, що пов'язано з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів(ла) би(б) бачити і чути.
78. Я схвалюю колег, які присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.
79. Моя втомленість на роботі мало впливає або зовсім не впливає на спілкування з домашніми та друзями.
80. Якщо випадає нагода, я приділяю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви у спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього, що відбувається на роботі, я втратив(ла) цікавість.
83. Робота з людьми спричинила поганий вплив на мене, як на професіонала, зробила злим(лою), нервовим(ою), беземоційним(ою).
84. Робота з людьми підриває моє здоров'я.

Ключ

«Напруження»		
1.Переживання психотравмуючих обставин	+1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)	
2. Незадоволеність собою	-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(5)	
3. «Загнаність у клітку»	+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)	
4. Тривога і депресія	+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)	
Разом по фазі «Напруження»		
«Резистенція»		
1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	+5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)	
2. Емоційно-моральна дезорієнтація	+6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)	
3.Розширення галузі економії емоцій	+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)	
4. Редукція професійних обов'язків	+8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)	
Разом по фазі «Резистенція»		
«Виснаження»		
1. Емоційний дефіцит	+9(3), +21(2), +33(33), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)	
2. Емоційна відчуженість	+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)	
3. Деперсоналізація	+11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +71(2), +83(10)	
4. Психосоматичні та психоемоційні порушення	+12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)	
Разом по фазі «Виснаження»		
Підсумковий показник		

Відповідно до ключа визначається сума балів окремо для кожного з симптомів вигорання.

Показник вираженості емоцій коливається в межах від 0 до 30 балів.

Симптом не склався	Симптом, який формується	Симптом, який склався
9 і менш	10 – 15	16 і більш

Подальший крок в інтерпретації результатів опитування – підрахунок суми показників симптомів, який здійснюється для кожної з трьох фаз формування вигорання. Для кожної фази оцінка може бути від нуля до 120 балів. За кількісними показниками можна судити тільки про те, яка фаза сформувалася більшою чи меншою мірою.

Фаза не сформувалася	Фаза у стадії формування	Фаза сформувалася
36 і менш	37 – 60	61 і більш

Відповідно до ключа проводяться наступні підрахунки:

- визначається сума балів для кожного з 12 симптомів вигорання;
- підраховується сума показників симптомів для кожної з трьох фаз формування вигорання;
- встановлюється підсумковий показник синдрому емоційного вигорання, тобто сума 12 симптомів.

Додаток Б

Діагностика професійного «вигорання» (К. Масlach, С. Джексон)

Інструкція. Вам пропонується 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з роботою, кожне з яких слід оцінити. Якщо ви відповіли «ніколи», то вашій відповіді приписується бал 0; «дуже рідко» – 1; «рідко» – 2, «іноді» – 3; «часто» – 4, «дуже часто» – 5, «завжди» – 6. Ваші відповіді не будуть оцінюватися як гарні чи погані, тому просимо виявити відвертість. Над твердженнями не слід довго роздумувати. Достовірні відповіді ті, котрі першими прийшли в голову.

1. Я відчуваю себе емоційно виснаженим.
2. Наприкінці робочого дня я відчуваю себе, як вичавлений лимон.
3. Я відчуваю себе втомленим, коли прокидаюсь вранці і мушу йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають діти та колеги, та використовую це в інтересах справи.
5. Я спілкуюся з дітьми цілком формально, без зайвих емоцій, і намагаюся звести спілкування з ними до мінімуму.
6. Я відчуваю себе енергійним та емоційно піднесеним.
7. Я вмію 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 усіх.

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 тягар своїх проблем і обов'язків.

Обробка результатів. Відповідно до «ключа» підраховуються суми балів за трьома субшкалами.

Ключ

Субшкала	Номер твердження	Сума балів (максимальна)
Емоційне виснаження	1,2,3,6,8,13, 14,16,20	54
Деперсоналізація	5, 10, 11, 15, 22	30
Редукція особистих досягнень	4, 7,9, 12,17,18, 19,21	48

Рівень «професійного вигорання» визначається за таблицею рівнів «вигорання».

Таблиця рівнів – «вигорання»

Субшкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження	0-16	17-26	27 і більше
Деперсоналізація	0-6	7-12	13 і більше
Редукція особистих досягнень	39 і більше	38-32	31-0

Додаток В

Результати діагностики емоційного вигорання В. Бойко

Посада	Стаж роботи	Напруження				Резистенція				Виснаження			
		Переживання психотравмуючих обставин	Незадоволеність собою	"Земаність у кут"	Тривога і депресія	Неадекватне вибіркове емоційне реагування	Емоційно-моральна дезорієнтація	Розширення сфери економії емоцій	Редукція професійних обов'язків	Емоційний дефіцит	Емоційне відчуження	Особистісне відчуження (деперсоналізація)	Психосоматичні та психовегетативні порушення
лікар-психіатр	2,5 р	22	12	25	30	27	22	16	30	10	30	25	30
лікар-психіатр	1 р	20	10	25	30	27	22	16	30	15	30	30	30
лікар-психіатр	1 р	2	6	5	4	8	5	6	6	4	5	4	5
мед. сестра	3 р	5	5	4	6	8	6	4	7	6	7	5	6
мед. сестра	10 р	4	4	3	5	4	3	0	3	5	4	2	2
мед. сестра	2 р	3	4	3	5	4	3	0	3	5	4	2	2
лікар-психіатр	6 р	3	3	3	5	4	3	6	7	5	7	3	3
лікар-психіатр	2,5 р	3	2	1	2	2	1	2	3	2	2	2	1
лікар-психіатр	тиждень	17	9	25	27	19	20	20	15	13	13	23	12
лікар-психіатр	12	0	14	22	12	18	23	13	10	10	13	23	17
лікар-психіатр	1 р	20	13	24	22	25	20	15	23	13	14	23	13
лікар-психіатр	2 р	4	7	9	12	16	14	15	10	12	14	23	17
мед. сестра	5 р	4	6	9	12	14	13	14	9	12	14	18	14
мед. сестра	7 р	5	3	3	4	4	4	3	3	3	2	3	2
мед. сестра	14 р	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3
мед. сестра	1 р	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2
мед. сестра	2 р	11	5	6	12	16	20	2	10	10	7	23	13
лікар-психіатр	2 р	10	8	12	13	15	15	13	15	12	12	15	13
мед. сестра	4 р	19	3	7	19	1	1	2	6	0	7	8	1
лікар-психіатр	1 р	20	14	4	22	8	10	13	9	25	22	20	10
лікар-психіатр	3 р	5	8	5	12	16	22	12	20	10	7	2	5
лікар-психіатр	9 р	3	6	1	4	10	6	10	13	15	15	18	15
лікар-психіатр	місяць	4	2	1	2	2	1	0	3	2	5	4	0
мед. сестра	1 р	10	17	19	5	14	25	8	7	13	11	5	13
мед. сестра	пів року	17	14	12	12	9	21	5	17	22	7	2	13
мед. сестра	1 р	20	20	22	18	22	10	15	24	25	12	20	15
мед. сестра	8 р	2	5	3	1	12	15	2	9	6	2	5	10
мед. сестра	3 р	5	12	8	12	18	14	15	22	13	7	12	9
лікар-психіатр	2,5 р	17	19	22	9	24	20	15	17	10	14	23	17
мед. сестра	1,5 р	20	12	17	13	8	11	7	10	15	8	5	10

Посада	Загальне			Підсумковий показник синдрому "емоційного вигорання"	Нумерація
	Напруження	Резистенція	Виснаження		
лікар-психіатр	89 (фаза сформована)	95 (фаза сформована)	95 (фаза сформована)	279	1
лікар-психіатр	85 (фаза сформована)	95 (фаза сформована)	103 (фаза сформована)	283	2
лікар-психіатр	17 (фаза не сформована)	25 (фаза не сформована)	18 (фаза не сформована)	60	3
мед. сестра	20 (фаза не сформована)	25 (фаза не сформована)	24 (фаза не сформована)	69	4
мед. сестра	16 (фаза не сформована)	10 (фаза не сформована)	13 (фаза не сформована)	39	5
мед. сестра	15 (фаза не сформована)	10 (фаза не сформована)	13 (фаза не сформована)	38	6
лікар-психіатр	14 (фаза не сформована)	20 (фаза не сформована)	18 (фаза не сформована)	52	7
лікар-психіатр	8 (фаза не сформована)	8 (фаза не сформована)	7 (фаза не сформована)	23	8
лікар-психіатр	92 (фаза сформована)	79 (фаза сформована)	97 (фаза сформована)	195	9
лікар-психіатр	48 (на стадії формування)	64 (фаза сформована)	63 (фаза сформована)	175	10
лікар-психіатр	22 (фаза не сформована)	24 (фаза не сформована)	30 (фаза не сформована)	76	11
лікар-психіатр	32 (фаза не сформована)	55 (на стадії формування)	66 (фаза сформована)	153	12
мед. сестра	31 (фаза не сформована)	50 (фаза не сформована)	58 (на стадії формування)	139	13
мед. сестра	15 (фаза не сформована)	13 (фаза не сформована)	10 (фаза не сформована)	38	14
мед. сестра	9 (фаза не сформована)	8 (фаза не сформована)	11 (фаза не сформована)	28	15
мед. сестра	10 (фаза не сформована)	11 (фаза не сформована)	10 (фаза не сформована)	31	16
мед. сестра	34 (фаза не сформована)	48 (на стадії формування)	53 (на стадії формування)	135	17
лікар-психіатр	43 (на стадії формування)	58 (на стадії формування)	52 (на стадії формування)	153	18
мед. сестра	48 (на стадії формування)	10 (фаза не сформована)	14 (фаза не сформована)	72	19
лікар-психіатр	60 (на стадії формування)	40 (на стадії формування)	77 (фаза сформована)	177	20
лікар-психіатр	30 (фаза не сформована)	70 (фаза сформована)	24 (фаза не сформована)	124	21
лікар-психіатр	14 (фаза не сформована)	39 (на стадії формування)	63 (фаза сформована)	116	22
лікар-психіатр	9 (фаза не сформована)	6 (фаза не сформована)	11 (фаза не сформована)	26	23
мед. сестра	51 (на стадії формування)	54 (на стадії формування)	42 (на стадії формування)	147	24
мед. сестра	55 (на стадії формування)	52 (на стадії формування)	44 (на стадії формування)	151	25
мед. сестра	80 (фаза сформована)	71 (фаза сформована)	72 (фаза сформована)	223	26
мед. сестра	11 (фаза не сформована)	38 (на стадії формування)	23 (фаза не сформована)	72	27
мед. сестра	37 (на стадії формування)	69 (фаза сформована)	41 (на стадії формування)	147	28
лікар-психіатр	67 (фаза сформована)	76 (фаза сформована)	64 (фаза сформована)	207	29
мед. сестра	62 (фаза сформована)	36 (фаза не сформована)	38 (на стадії формування)	136	30

Додаток Г

Результати діагностики професійного вигорання К. Маслач, С. Джексон

Посада	Стаж роботи	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція особистих досягнень	Нумерація
Лікар-психіатр	2,5 р	10 (низький рівень)	11 (середній рівень)	39 (низький рівень)	1
Лікар-психіатр	1 р	38 (високий рівень)	11 (середній рівень)	41 (низький рівень)	2
Лікар-психіатр	2 р	8 (низький рівень)	4 (низький рівень)	50 (низький рівень)	3
мед. сестра	3 р	31 (високий рівень)	21 (високий рівень)	33 (середній рівень)	4
мед. сестра	10 р	9 (низький рівень)	10 (низький рівень)	24 (високий рівень)	5
мед. сестра	2 р	11 (низький рівень)	5 (низький рівень)	41 (низький рівень)	6
Лікар-психіатр	6 р	18 (середній рівень)	8 (низький рівень)	27 (високий рівень)	7
Лікар-психіатр	2,5 р	15 (низький рівень)	5 (низький рівень)	10 (високий рівень)	8
Лікар-психіатр	тиждень	1 (низький рівень)	0 (низький рівень)	40 (низький рівень)	9
Лікар-психіатр	12	20 (середній рівень)	8 (низький рівень)	45 (низький рівень)	10
Лікар-психіатр	1 р	19 (середній рівень)	7 (низький рівень)	36 (середній рівень)	11
Лікар-психіатр	2 р	17 (середній рівень)	17 (високий рівень)	39 (низький рівень)	12
мед. сестра	5 р	29 (високий рівень)	9 (середній рівень)	20 (високий рівень)	13
мед. сестра	7 р	44 (високий рівень)	23 (високий рівень)	4 (високий рівень)	14
мед. сестра	14 р	17 (низький рівень)	15 (середній рівень)	14 (високий рівень)	15
мед. сестра	1 р	16 (низький рівень)	15 (середній рівень)	30 (високий рівень)	16
мед. сестра	2 р	13 (низький рівень)	10 (середній рівень)	26 (високий рівень)	17
Лікар-психіатр	2 р	17 (середній рівень)	6 (низький рівень)	41 (низький рівень)	18
мед. сестра	4 р	19 (середній рівень)	11 (середній рівень)	32 (середній рівень)	19
Лікар-психіатр	1 р	31 (високий рівень)	10 (середній рівень)	33 (середній рівень)	20
Лікар-психіатр	3 р	17 (середній рівень)	10 (низький рівень)	40 (низький рівень)	21
Лікар-психіатр	9 р	7 (низький рівень)	5 (низький рівень)	36 (середній рівень)	22
Лікар-психіатр	місяць	10 (низький рівень)	0 (низький рівень)	40 (низький рівень)	23
мед. сестра	1 р	8 (низький рівень)	11 (середній рівень)	14 (високий рівень)	24
мед. сестра	0,5 р	29 (високий рівень)	10 (середній рівень)	33 (середній рівень)	25
мед. сестра	1 р	28 (високий рівень)	25 (високий рівень)	33 (середній рівень)	26
мед. сестра	8 р	19 (середній рівень)	8 (низький рівень)	22 (високий рівень)	27
мед. сестра	3 р	31 (високий рівень)	17 (високий рівень)	20 (високий рівень)	28
Лікар-психіатр	2,5 р	29 (високий рівень)	15 (середній рівень)	10 (високий рівень)	29
мед. сестра	1,5 р	5 (низький рівень)	5 (низький рівень)	35 (середній рівень)	30