

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА АВІАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач випускової кафедри

_____Любов ПОМИТКІНА

«_____» _____ 2022 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)
ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ
БАКАЛАВР
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 053 «ПСИХОЛОГІЯ»

Тема: «ДИНАМІКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРИВАТНОЇ КЛІНІКИ ДО ТА ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ»

Виконавець: студентка групи ПБ-407 Драна Юлія Юріївна

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент кафедри авіаційної психології

Ічанська Олена Михайлівна

Нормоконтролер: Ічанська Олена Михайлівна

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій

Кафедра авіаційної психології

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія бізнесу»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач випускової кафедри

_____ Любов ПОМИТКІНА

«___» _____ 2022 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання кваліфікаційної роботи

Драної Юлії Юріївни

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Динаміка емоційного вигорання медичних працівників приватної клініки до та під час воєнного стану», затверджена наказом ректора № 477/ст від 05.05.2022 р.

2. Термін виконання роботи: з 03.03.2022 р. по 13.06.2022 р.

3. Вихідні дані до роботи: вибірка – медичний персонал, 23 особи; у дослідженні були використанні методики: опитувальник «Професійне (емоційне) вигорання» К. Маслач и С. Джексон, адаптований Н. Водопьяновою, Е. Старченковою; методика діагностики особистості на мотивацію до успіху Т. Елерса та методика діагностика самооцінки Дембо-Рубінштейн; методи математичної обробки: Т-критерій Вілкоксона.

4. Зміст пояснювальної записки: кваліфікаційна робота складається з 2-х розділів. Перший розділ містить теоретичний аналіз емоційного вигорання медичних працівників, а також психологічні особливості психоемоційного стану медичних працівників у воєнний (кризовий) період; у другому розділі представлено емпіричне дослідження динаміки емоційного вигорання медичних працівників приватної клініки до та під час воєнного стану.

5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного) матеріалу: 7 рисунків, 2 таблиці.

6. Календарний план – графік

№ з/пор.	Завдання	Термін виконання	Виконано
1.	Вибір теми та формулювання завдань	03.03.2022	
2.	Тематичний добір та аналіз наукових праць	05.03.2022	
3.	Оформлення теоретичної частини	26.03.2022	
4.	Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження	28.03.2022	
5.	Проведення емпіричного дослідження	09.03.2022	
6.	Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	01.04.2022	
7.	Оформлення кваліфікаційної роботи відповідно до ДСТУ	21.05.2022	
8.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	28.05.2022	
9.	Виправлення зауважень, оформлення рецензії	07.06.2022	
10.	Подання кваліфікаційної роботи нормоконтролеру та на підпис завідувачу кафедри	13.06.2022	
11	Захист кваліфікаційної роботи	16.06.2022	

7. Дата видачі завдання: 27 січня 2022 р.

Керівник дипломної роботи _____ Олена ІЧАНСЬКА
(підпис керівника)

Завдання прийняла до виконання _____ Юлія ДРАНА
(підпис випускника)

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до кваліфікаційної роботи «Динаміка емоційного вигорання медичних працівників приватної клініки до та під час воєнного стану»: 40 сторінок, 7 рисунків, 2 таблиці, 32 використаних джерела, 7 додатків.

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ, ЕМОЦІЙНЕ ВИСНАЖЕННЯ, ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ, РЕДУКЦІЯ ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ, САМООЦІНКА, РІВЕНЬ ДОМАГАНЬ, МОТИВАЦІЯ ДО УСПІХУ.

Об'єкт дослідження – емоційне вигорання.

Предмет дослідження – емоційне вигорання медичних працівників до та під час військового стану.

Мета дослідження – встановити динаміку емоційного вигорання медичних працівників до та під час військового стану.

Методи дослідження: теоретичні; психодіагностичні: «опитувальник «Професійне (емоційне) вигорання» К. Маслач и С. Джексон, адаптований Н. Водопьяновою, Е. Старченковою, методика діагностики особистості на мотивацію до успіху Т. Елерса та методика діагностика самооцінки Дембо-Рубінштейн; метод математичної обробки: Т-критерій Вілкоксона.

Встановлено, що медичні працівники в порівнянні з довоєнним станом менш схильні орієнтуватися на власні сили, зараз вони чітко усвідомлюють важливість спільної, командної роботи, так можливо знизилась гнучкість, але в респондентів спостерігається наполегливість в досягненні поставленої перед ними мети.

Практичне значення отриманих результатів. Матеріали кваліфікаційної роботи рекомендовано використовувати при профілактичній та корекційній роботі з особами із низьким рівнем мотивації досягнення успіху в професійній діяльності, при роботі із сферою самовідношення особистості; також рекомендовано використовувати результати під час створення та проведення тренінгів та групових форм роботи для підвищення мотивації на досягнення успіху в професійній та творчій діяльності.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНО ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	9
1.1 Теоретичні підходи визначення поняття емоційне вигорання.....	9
1.2 Специфіка прояву емоційного вигорання в медичних працівників	15
1.3 Особливості психоемоційного стану медичних працівників у воєнний (кризовий) період	21
Висновок до першого розділу	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРИВАТНОЇ КЛІНІКИ ДО ТА ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	27
2.1 Планування та організація емпіричного дослідження	27
2.2 Інтерпретація результатів дослідження динаміки емоційного вигорання медичних працівників приватної клініки до та під час воєнного стану.....	32
2.3 Математична обробка даних	38
Висновок до другого розділу	41
ВИСНОВКИ	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	47
ДОДАТКИ	50

ВСТУП

Питання емоційного вигорання працівників, допомагаючих професій, завжди турбувало не тільки науковців, але і людей які отримують дану допомогу, споживачів послуг, оскільки їх специфіка роботи полягає в постійній взаємодії та спілкуванні з іншими людьми, як в позитивно, так і негативному ключі.

Однією із таких професій є медична сфера де люди постійно стикаються із стражданнями інших людей і змушені вибудовувати своєрідні бар'єр психологічного захисту від пацієнтів, контролювати власну емпатичність інакше вони не зможуть повноцінно і якісно здійснювати роботу, яка стосується людських життів, через загрозу емоційного вигорання.

Проблемою емоційного вигорання у зарубіжній літературі займалися К. Маслач , Х. Дж. Фрейденберг , А. М. Річардсен та ін., вони стверджували, що емоційне вигорання виникає внаслідок емоційно перенасиченого спілкування в процесі роботи або проходження навчання. Спочатку вважалося, що причина емоційного вигорання полягає в прояві співчуття до проблем клієнтів. Потім думка вчених змінилося, і вони стали стверджувати, що до емоційного вигорання схильні люди з активними комунікаціями в процесі здійснення своєї професійної діяльності. В. В. Бойко [2, с.148] розуміє вигорання як вироблений особистістю механізм психологічного захисту, який проявляється у вигляді повного або часткового виключення емоційного реагування через надмірні психотравмуючі обставини. Емоційне вигорання, як наслідки професійних стресів працівників медичної сфери розглядалися у роботах І. Харді, В.В. Косарева, Г.Ф. Васюкова, Барабанової, Н. Водоп'янової.

Тема емоційного вигорання медичних працівників є предметом дослідження значного числа науковців різних галузей (Декард, Метерко та Філд, Цига, Панагопулу, Монтгомері, Дешам, Богодістовет та ін.), однак незважаючи на величезну значущість проведених досліджень, сьогодні ще не сформовано єдиної теоретичної бази, яка б охоплювала весь комплекс питань управління професійними ризиками на ринку медичних послуг, в тому числі і при

визначенні та тлумаченні поняття «професійне вигорання» (Вільямс, Ратерт та Буттігіг).

У звичайних умовах працівники медичної сфери постійно піддаються постійному впливу з боку психотравмуючих обставин - характеру організації праці, психологічного тиску з боку пацієнтів та їх родичів, колег, адміністрації, а особливо даний тиск загострюється в період кризових подій: війни, пандемії, техногенні катастрофи де медичні працівники приймають першу лінію оборони, що врешті решт призводить до синдрому професійного вигорання.

Контроль за проявами «емоційного вигорання» медичних працівників в мирний та військовий час важливий однаково, тому що відображається на покращенні психічного здоров'я продовженні професійної діяльності спеціалістів, що і зумовлює актуальність нашого дослідження.

Мета роботи – встановити динаміку емоційного вигорання медичних працівників до та під час військового стану.

Об'єкт – емоційне вигорання.

Предмет – емоційне вигорання медичних працівників до та під час військового стану.

Завдання дослідження:

- 1) дослідити проблему емоційного вигорання в теоретичних джерелах;
- 2) проаналізувати загальну специфіку прояву емоційного вигорання в медичних працівників та в воєнний період;
- 3) визначити емоційне виснаження, деперсоналізацію, редукцію професійних досягнень, мотивацію до успіху, самооцінку, рівень домагань як параметри, які підсилюють емоційне вигорання;
- 4) дослідити емоційне вигорання медичних працівників до та під час військового стану;
- 5) виявити відмінності у показниках емоційного вигорання медичних працівників до та під час військового стану за допомогою порівняльного аналізу.

Для розв'язання поставлених завдань ми застосували комплекс **методів**: теоретичні – узагальнення, моделювання; емпіричні – тести – опитувальники.

Теоретичне значення роботи виявляється в аналізі наукових джерел з проблеми вивчення емоційного вигорання медичних працівників в кризових умовах.

Практичне значення роботи полягає в тому, що отриманні результати можуть бути використані в процесі діяльності практичних психологів та при розробці рекомендацій щодо корекції та попередження емоційного вигорання медичних працівників та працівників допомагаючих професій в стресових умовах. Наприклад, якщо взяти до уваги той момент, що в стресовій ситуації не зовсім зручно проводити повноцінне дослідження, щоб вияснити, які взагалі показники потерпають найбільше і над якими потрібно працювати в першу чергу, можна використати результати даної роботи для визначення пріоритетного напрямку корекційної роботи.

Наукова новизна. В нашому сучасному світі зараз йде війна, яка раніше не мала такого масштабу та яка негативно впливає на емоційний стан кожної людини, але саме медики в цей час мають боротись з цим емоційним забарвленням ради допомоги та порятунку наших військових, в деяких випадках навіть жертвуючи власним життям. Відповідно, просто необхідно досліджувати дане явище в таких стресових умовах, щоб можна було розробити рекомендації для корекції завищеного емоційного вигорання та посилаючись на результати дослідження надати певну психологічну допомогу медичному персоналу.

Структура роботи – робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНО ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1 Теоретичні підходи визначення поняття емоційне вигорання

Дослідження поняття вигорання на сьогоднішній день набувають нової актуальності в аспекті вивчення його проявів в різних професіях [13, с.177]. Вигорання негативним чином позначається на особистості фахівця, його професійній діяльності та на роботі організації в цілому. Сам феномен «емоційне вигорання» має тривалу історію теоретичних і емпіричних досліджень в зарубіжній і вітчизняній літературі.

Вперше термін вигорання описав Х. Дж. Фрейдеберг в 1974 році. Розглянемо спочатку визначення вигорання, представлені в зарубіжній літературі. Г. Фройденбергер [30, с.160] характеризує вигорання як певний стан психічного і фізичного виснаження, що виникає під впливом професійної діяльності. Колтунович Т. А. [12, с.49], розглядає вигорання як повільно прогресуючий стан, що характеризується зниженням психічних можливостей всередині професії, віку; виникненням невдоволення та подальшим звільненням.

Згідно з трактуванням К. Маслач, як зазначає В. В. Лук'янов [16, с. 256], вигорання являє собою психологічний синдром, який викликаний тривалою реакцією на постійний емоційний і міжособистісний стрес в робочому середовищі. Він включає виснаження, цинізм і професійну неефективність. Вигорання в даному розумінні є відображенням значного неузгодженості між професією і працівником. Е. В. Єрмакова пише, що, згідно з К. Маслач, «синдром вигорання більшою мірою характеризує роботу людину, ніж її саму» [7, с. 34]. Це невелике, але важливе доповнення переміщує поняття «вигорання» з області особистості в область професії. В якості ще одного важливого доповнення для розуміння поняття «вигорання» наведемо висловлювання В. Е. Орла, який,

посилаючись на К. Маслач, пише, що «характерною рисою позиції К. Маслач і її колег є акцентування уваги на професійний характер вигоряння і розгляді його як результат професійних проблем, а не як психіатричний синдром» [7, с.38]. Звідси ми можемо зробити висновок, що вигоряння може спостерігатися, згідно з думкою авторів, тільки у психічно здорової людини і не має психопатологічної основи. Е. В. Єрмакова, посилаючись на К. Маслач і С. Джексон, характеризує компоненти вигорання наступним чином.

Емоційне виснаження є комплексом ознак емоційної втоми, «втомою» від хронічно пережитої напруги і стресу, що виникають в процесі професійних взаємодій з іншими людьми. Деперсоналізація виражається в явному негативному сприйнятті інших людей. Професійна неефективність проявляється у зниженні професійних знань і умінь, С. Бомс [10] визначає вигоряння як психологічну реакцію, що виникає у відповідь на довгострокове виснаження і зниження інтересу, що триває місяці і роки, до тих пір поки не стане явним.

Сеніор У Р. [10] вигорання це «проблема, яка є одночасно тілесною так і екзистенційною, безладним згустком зовнішніх симптомів та особистісних розчарувань».

Згідно визначення А. Пайнс і Е. Аронсон, вигоряння являє собою стан фізичного і психічного виснаження, яке виникає під впливом тривалого перебування в емоційно перевантажених обставин [20].

Звертаючись до позиції А. Чиром, В. В. Лук'янов вказує, що вигоряння, на думку автора, є комплексом, що включає фізичне, емоційне і когнітивне виснаження, де основним є емоційне виснаження, а доповнюючі його елементи є наслідком поведінки, яка веде до деперсоналізації, або безпосередньо когнітивно-емоційним вигоранням, що виявляється в редуції особистих досягнень (деформації оцінки особистих можливостей). І те й інше виражається в «деформації особистості» і «має безпосередній вплив на її соціальне здоров'я» [16, с. 45].

Також В. В. Лук'яновим наводиться визначення вигоряння К. Кондо, який вважає, що вигоряння є наслідком виробничих стресів і проявляється як «процес

дезадаптації» до робочого місця або своїх обов'язків. Головною причиною К. Кондо вважає «надмірне робоче навантаження», пов'язане з ситуаціями, де переважають напружені міжособистісні відносини [16, с. 48].

Чутко Л.С. [29, с. 178] характеризує вигоряння з точки зору процесу негативної трансформації професійної поведінки, що виникає внаслідок стресового характеру робочого середовища.

З точки зору А. Ленге [15, с. 8], вигоряння - це прояв неекзистенційної установки щодо життя, що є фундаментальним і призводить до дефіцитарної вітальної симптоматики в соматичному і психічному аспекті. Причому дана симптоматика, на думку автора, є захисною функцією для усунення можливостей подальшого розвитку неекзистенційної установки.

Після того як розглянуті визначення вигоряння зарубіжних авторів, слід звернутися до визначень вигоряння, представленим у вітчизняній науковій літературі. Н. Е. Водоп'янова і Е. С. Старченкова вважають вигоряння феноменом особистісної деформації, що є багатовимірним конструктом, що включає комплекс негативних психологічних переживань, які пов'язані з довгостроковими, емоційно насиченими і складними міжособистісними відносинами з іншими людьми. На думку авторів, вигоряння - це «відповідь» на довготривалі «стреси міжособистісних комунікацій» [3, с. 29]. А. В. Ракицька, в цілому поділяючи і розвиваючи позицію Н. Е. Водоп'янової і Е. С. Старченкова, пише, що вигоряння - це набутий стереотип поведінки, що виявляється в зниженні емоційного реагування в професійному житті. Негативним моментом є те, що вигоряння негативно відбивається на виконанні професійної діяльності і міжособистісних відносинах. Як позитивний момент може виступати можливість «дозування і економії енергетичних ресурсів» [10].

О. Н. Рибніков відносить вигоряння до однієї з форм стресу. Автор пише про те, що вигоряння є іншою, більш поширеною формою професійного стресу у працівників [23, с. 258].

Згідно Е. І. Холостовой, вигоряння є «стан фізичного, емоційного і психічного виснаження, що викликане тривалою залученістю в ситуації, що вимагають дуже високих емоційних затрат» [10].

Ряд авторів (В. В. Лук'янов, А. Б. Леонова, А. А. обозний, А.С. Чернишов, Н. Е. Водоп'янова) вважають, що вигоряння є «цілісне, динамічне, інтегральне психічне утворення в єдності і взаємодії емоційних, когнітивних, мотиваційно-поведінкових елементів, що утворюють його базові компоненти, кількісний і якісний склад яких визначається специфікою професійної діяльності »[16, с. 121].

Н. В. Мальцова [17, с. 104], що вивчає прояви вигоряння у педагогів, визначає його як складне структурно-динамічне утворення, що формується в процесі професійної діяльності і представляє негативний ефект професіоналізації.

В. В. Бойко [2, с. 376] розуміє вигоряння як вироблений особистістю механізм психологічного захисту, який проявляється у вигляді повного або часткового виключення емоційного реагування через надмірні психотравмуючі обставини.

У визначенні вигоряння А. А. Рукавишнікова [24, с. 23 с.], важливо відзначити, що автор відносить його до розряду психологічних явищ, які можуть спостерігатися у людей, які не страждають психопатологією. Вигорання виражається в дисфункціональних установах і поведінці, а також зниженні робочої мотивації.

Вигорання розглядається вітчизняними авторами також і в екзистенційному аспекті. Так, Н. В. Гришина [5, с.145.] вважає, що формування вигорання можна однозначним чином співвідносити з будь-якими особистісними або ситуативними факторами. Вигорання, на її думку, найімовірніше представляється як результат складних взаємозв'язків особистісних особливостей, що склалися міжособистісних відносин і професійної ситуації, в якій людина перебуває. Важливий баланс в обох сферах: професійному та особистому.

Після розгляду наявних визначень вигорання в зарубіжній і вітчизняній літературі можна підсумувати. По-перше, вигорання являє собою багатовимірний конструкт. У К. Маслач, А. Чиром [20], В. Шауфелі [9] вигорання характеризується як синдром, який включає набір компонентів. У Р. Сеніор вигорання є «згусток», який містить як зовнішні, так і внутрішні аспекти проявів. Н. Е. Водоп'янова і Е. С. Старченкова визначають вигорання як «багатовимірний конструкт». Ряд сучасних вітчизняних авторів А. Б. Леонова, В. В. Лук'янов, А. А. обозний, А. С. Чернишов трактують поняття «вигорання» як «інтегральне психічне утворення». Н. В. Мальцева [17, с. 169.], кажучи про вигорання, позначає його як «структурно-динамічне утворення». Потрібно відзначити, що тут виділені одночасно два важливих моменти: структура та динаміка вигорання.

По-друге, вигорання розуміється рядом авторів як процес, який відбувається протягом певного часового періоду Е. Аронсон, Д. Боярле, К. Кондо, К. Маслач, А. Пайнс, Е. І. Холостова, А. чиром, В. Шауфелі . Для К. Кондо [13] вигорання - це процес дезадаптації. Для К. Маслач [20] вигорання є синдромом, який викликаний довгостроковою відповідною реакцією на робочі стреси. Е. І. Холостова [13] вважає, що вигорання - це стан виснаження, викликаний тривалою залученістю в ситуації, що вимагають високих емоційних затрат.

По-третє, тут можна виокремити змістовні психологічні характеристики феномена «вигорання», а саме негативні внутрішні переживання, стан психічного, фізичного і когнітивного виснаження, редукування особистих досягнень, дезадаптивні прояви в поведінці, деперсоналізацію і деформацію особистості. Якщо уважно подивитися, то можна зробити висновок, що протиріччя і неузгодженості відсутні. З огляду на динамічну картину розвитку вигорання, можна побачити, що зазначені психологічні характеристики приходять на зміну одна одній від негативних внутрішніх переживань до деформації особистості.

По-четверте, вигоряння виконує захисну психологічну функцію. Л. Д. Дьоміна та І. А. Ральнікова [6, с. 71] говорять про те, що вигоряння дозволяє дозувати і економити енергетичні та психологічні ресурси особистості. В. В. Бойко [2, с. 105 с.] представляє вигоряння як вироблений особистістю механізм психологічного захисту у вигляді повного або часткового виключення емоцій як відповідної реакції на надлишкові психотравмуючі впливи. На думку А. Ленгле [15, с.11], вигоряння несе захисну функцію для запобігання подальшого розвитку неекзистенційної установки особистості.

По-п'яте, вигоряння є складним за своїм походженням явищем, тому що обумовлено поєднанням особистісних і ситуативних факторів, які стосуються як сфери міжособистісних та професійних відносин. Г. Фройденбергер [31, с. 94] зазначав, що вигоряння виникає під впливом стресу, який пов'язаний з виконанням професійних обов'язків. З точки зору О. Н. Рибникова [23, с. 8-9], вигоряння прирівнюється до професійного стресу у працівників. Е. І. Холостова [13] вважає, що вигоряння є наслідком поєднання дуже високих емоційних затрат з постійними ситуаційними стресами. Н. В. Гришина бачить вигоряння як результат «складної взаємодії особистісних особливостей людини, міжособистісних відносин і його професійної та робочої ситуації», в якій знаходиться людина [5, с.152].

По-шосте, вигоряння може спостерігатися тільки у психічно здорових людей, які не схильні до патологій. В. Е. Орел, посилаючись на К. Маслач [19, с. 285], підкреслює, що вигоряння характерно для психічно здорової людини і не має на увазі під собою психопатологічної основи. Схожу думку у А. А. Рукавишнікова [24, с. 23], який вважає, що вигоряння - психологічне явище, яке характерне для осіб, не схильних до психопатології.

Таким чином, можна зробити висновок, що вигоряння формується в професійній діяльності під впливом комбінації чинників, що включають індивідуальні особливості людини, її міжособистісні відносини, а також професійну і робочу ситуації.

1.2 Специфіка прояву емоційного вигорання в медичних працівників

Професія медичного працівника відноситься до складних видів праці, що вимагає від суб'єкта різнобічної освіченості, безперервності процесу професіоналізації, а також володіння особистісними та професійними якостями [27, с. 28].

Ще 2500 років тому Гіппократ писав у своєму трактаті: «він (лікар) повинен бути справедливим за всіх обставин ... щодо духу - бути розсудливим....» [26, с. 25].

Тому, медичний персонал повинен мати почуття обов'язку, відповідальності, емпатійність, шалене терпіння, спостережливість, інтуїцією, рішучість, оптимізм тощо.

Робота медичних працівників відповідальна, вимагає витривалості, передбачає високе, постійне психоемоційне навантаження, а також необхідність ухвалення рішень в екстремальних ситуаціях. Сама професійна діяльність медичних працівників передбачає емоційну насиченість та високий відсоток факторів, що викликають стрес. Емоції, як правило, амбівалентні: задоволення з приводу успішно проведеної операції чи лікування, почуття власної значимості, причетності іншим людям, схвалення та повага колег; однак присутні також жаль, пригнічення через неправильний діагноз або помилку в лікуванні, заздрість до успішних колег, розчарування у професії та ін..

Існує класифікація професій за «критерієм важкості та шкідливості діяльності (за А.С. Шафрановою) [1, с. 35]:

1. Професії вищого типу – за ознакою необхідності постійної позаурочної роботи над предметом і собою (освіта, мистецтво, медицина).

2. Професії середнього (ремісничого) типу - мають на увазі роботу лише над предметом.

3. Професії нижчого типу - після навчання не вимагають роботи над собою, ні над предметом.

Звичайно, що професію лікаря ми відносимо до професій вищого типу саме за потребою постійної рефлексії над змістом і предметом своєї діяльності. Але, крім цього, нам хотілося б виділити абсолютно особливу специфіку лікарської праці.

Праця більшості медичних працівників здійснюється в таких умовах, що на них впливає комплекс несприятливих виробничих факторів різної природи, нервово-емоційного перенапруження, високої відповідальності. До психологічних стрес-факторів, ефект яких позначається на медичному персоналі, відносяться:

- велика кількість контактів з хворими людьми та їх родичами, постійний зіткнення з чужими проблемами та чужим болем, з негативними емоціями, які несуть негативну енергію;
- підвищені вимоги до професійної компетентності лікаря, до служіння іншим, самовіддачі;
- відповідальність за життя та здоров'я інших людей;
- виробниче середовище з новими факторами соціального ризику, такими як злочинність, наркоманія, бездомність та ін.

Професійна діяльність працівників медичної сфери несе в собі потенційну загрозу розвитку синдрому емоційного вигорання. Особистісні риси емоційної нестійкості, боязкості, підозрливості, схильності до почуття провини, консерватизму, імпульсивності, напруженості, інтроверсії мають певне значення у формуванні емоційного вигорання [3, с. 87].

Лікар на рівні емоцій завжди має справу із смертю. Вона може виступати йому у трьох формах:

1) реальна (безкорисність реанімаційних заходів, смерть на столі хірурга);
2) потенційна (від результатів діяльності лікаря, від його професіоналізму залежить здоров'я, а, можливо, життя людини);

3) фантомна (у вигляді її можуть виступати скарги на стан здоров'я недовірливої людини, страх і тривога хронічного хворого, взаємини з родичами тяжкохворих і навіть уявлення про смерті у суспільній свідомості).

У кожному з цих випадків для лікаря існує проблема не включення своїх почуттів у ситуацію. Це далеко не завжди вдається, бо з усіма цими утвореннями (реальною, потенційною та фантомною смертю) йому просто потрібно будувати відносини. Природно, що тільки емоційно зріла, цілісна особистість у змозі вирішувати дані завдання та справлятися з такими труднощами.

У картині синдрому у лікарів переважають симптоми фази «резистентності». Це проявляється в неадекватному емоційному реагуванні на пацієнтів, відсутністю емоційної включеності та контакту з клієнтами, втратою здатності до співпереживання пацієнтам, втому, що веде до редукції професійних обов'язків та негативний вплив роботи на особисте життя. Також досить виражене переживання психотравмуючих обставин (фаза «напруга»), що проявляється відчуттям фізичних та психологічних перевантажень, напруги на роботі, наявністю конфліктів з керівництвом, колегами, пацієнтів, що може проявлятися в професійній деформації лікаря.

Р. Кінцевий і М. Боухал, які вивчаючи професійну деформацію лікарів та медичних сестер, зазначають: «Професійна деформація є поведінка, яка стає звичкою і проявляється черствістю по відношенню до хворих настільки, що у звичайних людей створюється враження бездушності та цинізму. Наприклад, якщо лікар або медсестра не вважають за потрібне відокремити хоча б ширмою хворого, що вмирає, в 20-ліжковій палаті. Або лікарі, роблячи обхід, при хворому дискутують про несприятливий прогноз його хвороби. Або в анатомічному залі жартують над трупами, розповідають анекдоти та курять» [11, с. 274].

Вони вважають, що професійна деформація проявляється у своєрідному професійному жаргоні, який використовується навіть у присутності хворого. Наприклад, вони можуть сказати, що у них у палаті лежать чотири шлунки, три жовчні міхури та одна нирка [29, с. 96]. «Поведінка та деякі висловлювання медиків перебувають на межі професійної адаптації та деформації».

Р. Кінцевий і М. Боухал вважають, що від того часу, коли на цілителя дивилися як на чарівника і мага, у психології лікарів залишилися пережитки, що іноді мають навіть кастовий характер. Відсутність інтересу до хворого як до

людини, що явно демонструється, може призводити до ятрогенних ефектів. В.В. Пилипенко також вважає дивним і неприємним, коли медичні працівники називають своїх хворих на «астматики», «виразники», «ревматики» тощо. [11, с. 94].

Одне з перших місць за ризиком виникнення синдрому емоційного вигорання займає професія медичної сестри. Високе виробниче навантаження медичних сестер, цілодобовий режим роботи з обов'язковими чергуваннями, очікування ускладнень у стані хворих потребують високої функціональної активності організму та можуть бути кваліфіковані як провідні професійні патогенні фактори. Крім того, обтяжливий вплив на здоров'я працюючих надає контакт з хворими, що вмирають, коли медичний працівник не бачить позитивних результатів своїх зусиль з порятунку хворого і нерідко відчуває власне безсилля.

Чим більше виробниче навантаження, тим менше медичний працівник відчуває задоволення від процесу роботи. Перевищення нормативного числа пацієнтів, великий обсяг канцелярсько-оформлювальної роботи, низька технічна оснащеність робочого місця та постійний дефіцит лікарських засобів також сприяють проявам втоми та нервозності. З ергономічних факторів медсестри часто відзначають напругу зору, навантаження опорно-рухового апарату.

Радикальні зміни, що відбулися останнім часом, в суспільстві надають додаткове психологічне навантаження на медичний персонал, тому що вимагають більш якісної роботи в значно більш короткі терміни при економічно обмеженому забезпеченні закладів охорони здоров'я. Інноваційна діяльність лікувально-профілактичного закладу спрямована на практичне використання науково-технічного результату та інтелектуального потенціалу з метою розширення асортименту послуг, способів їх виробництва, підвищення якості медичної допомоги та задоволення потреб пацієнтів у високоякісних медичних послугах, а в результаті – на оптимізацію здоров'я населення.

Більшість медиків, які працюють в інноваційних умовах, мають ненормований робочий день, понаднормову роботу, пов'язану із поєднанням

посад або додатковим професійним навантаженням (підвищення кваліфікації, освоєння нових методів діагностики та лікування). Інтенсифікація професійної діяльності відбивається на стан здоров'я, сприяючи збільшенню рівня загальної захворюваності та поширеності хронічної патології.

Низька оплата праці медичних сестер в умовах розвитку ринкової економіки змушує працювати, часто нехтуючи часом, передбаченим на відпочинок для відновлення фізичного та емоційного балансу організму. Величезна відповідальність за результат своєї діяльності – життя пацієнта – призводить до перенапруги окремих органів та систем, виникнення захворювань. Зіткнувшись з негативними емоціями, медичний працівник мимоволі включається в них, через що починає і сам відчувати підвищену емоційну напругу. Найбільший ризик виникнення вигорання є особи схильні, що пред'являють непомірно високі вимоги до себе. Справжній медик у їхньому розумінні, асоціює свою працю із призначенням, місією, тому у них стирається грань між роботою та особистим життям.

У медсестер, непрацездатність майже в половині випадків пов'язана із стресом. За даними англійських дослідників [8] високий рівень тривоги було виявлено у 41% випадків, клінічно виражена депресія – у 26% випадків. Третина лікарів приймала медикаментозні засоби для корекції емоційної напруги, кількість вживаного алкоголю перевищувала середній рівень [14, с. 53].

При вивченні синдрому емоційного вигорання англійськими дослідниками також зазначено, що у середнього медичного персоналу в першу чергу синдрому вигорання схильна до професійної неефективності (36%), у другу чергу спостерігається емоційне виснаження (22%), деперсоналізація відзначається у 7% медиків.

Встановлено, що одним із факторів синдрому «вигорання», у середнього медичного персоналу є тривалість стресової ситуації, її хронічний характер. На розвиток хронічного стресу у представників цієї професії впливають:

- обмеження свободи дій та використання власного потенціалу;
- монотонність роботи;

- високий ступінь невизначеності в оцінці виконуваної роботи;
- незадоволеність соціальним статусом.

Існує тісний взаємозв'язок між професійним «вигорянням» у медсестер та мотивацією діяльності. Вигоряння може призводити до зниження професійної мотивації: напружена робота поступово перетворюється на беззмістовне заняття, з'являється апатія і навіть негативізм по відношенню до робочих обов'язків, які зводяться до необхідного мінімуму.

Нерідко «трудоголізм» та активне захоплення своєю професійною діяльністю у медсестер також сприяють розвитку симптомів вигоряння. Найчастіше у співробітників, схильних до тривалого професійного стресу, спостерігається внутрішній когнітивний дисонанс: чим напруженіше працює людина, тим активніша вона уникає думок і почуттів, пов'язаних із внутрішнім «вигорянням» [9, с.28].

Розвитку даного стану сприяють певні особистісні особливості у медичних працівників - високий рівень емоційної лабільності (нейротизму), високий самоконтроль, особливо при вираженні негативних емоцій із прагненням їх придушити, раціоналізація мотивів своєї поведінки, схильність до підвищеної тривоги та депресивних реакцій, пов'язаних з недосяжністю «внутрішнього стандарту» та блокуванням у собі негативних переживань, ригідна особистісна структура. Парадокс полягає в тому, що здатність медичних працівників заперечувати свої негативні емоції може свідчити про силу, але нерідко це стає їхньою слабкістю. Тому корисно пам'ятати про те, що ми самі завжди або частина наших проблем, або частина їх рішень [9, с. 9].

Виділяють три типи медичних сестер, яким загрожує синдром емоційного вигорання:

1-й – «педантичний», що характеризується сумлінністю, зведеної в абсолют, надмірною, хворобливою акуратністю, прагненням у будь-якій справі домогтися зразкового порядку (навіть на шкоду собі);

2-й – «демонстративний», прагне отримати першість у всьому, завжди бути в центрі уваги. Цьому типу властивий високий ступінь виснаження при виконання навіть непомітної рутинної роботи;

3-й – «емотивний», що складається з вразливих та чутливих людей. Їхня чуйність, схильність сприймати чужий біль як власний межує з патологією та саморуйнуванням.

Серед медичних працівників схильних до емоційного вигорання відносяться люди з низьким рівнем професійної захищеності (відсутність досвіду практичної роботи, неможливість систематичного підвищення кваліфікації та ін.). Провокувати синдром емоційного вигорання можуть хвороби, переживання важкого стресу, психологічні травми (розлучення, смерть близького або пацієнта). Таким чином, специфіка професійної діяльності медичних працівників є передумовою розвитку синдрому емоційного вигорання.

1.3 Особливості психоемоційного стану медичних працівників у воєнний (кризовий) період

Військовий конфлікт, високий рівень насильства та постійна загроза безпеці людей, зрозуміло, що все це призводить до високого рівня психологічного стресу. Професійна діяльність медичних працівників, які беруть участь у лікуванні та реабілітації хворих, в мирний час передбачає емоційну насиченість та високий відсоток факторів, що викликають стрес, тоді як в період воєнкового стану психоемоційне навантаження на медичних працівників збільшується.

Робота в умовах війни висуває підвищені вимоги до фізичних, психічних та психологічних ресурсів медиків. Незважаючи на збільшену кількість стресогенних факторів, роботу в умовах повітряних тривог, позмінно, неможливість повноцінно спілкуватися з рідними та близькими, медичним працівникам необхідно дотримуватися всіх протоколів лікування та реанімаційних заходів, екстрено приймати клінічно важливі рішення,

дотримуватися принципів медичної етики та деонтології та при цьому неухильно дотримуватися правил безпеки під час роботи в умовах військового стану.

Загальні тенденції виникнення та розвитку широкого спектра психічних порушень у медичних працівників відповідають загальним законам адаптації до стресової ситуації. Тривале перебування у стресової ситуації призводить до виснаження функціональних резервів людини. В результаті мотивація надання допомоги як виконання соціальної значущої місії перестає виконувати активаційну та мобілізаційну функції. Знижуються активність і працездатність, підвищується рівень тривоги, напруженості, можуть бути дезадаптивні варіанти міжособистісних відносин, проблеми у прийнятті рішень та аналізі ситуації.

Зниження рівня психічної активації та контролю, порушення психомоторних функцій можуть призводити до виникнення лікарських помилок, зростання кількості випадків недбалості через виснаження медперсоналу. Частота професійних помилок пропорціональна робочим навантаженням та рівню напруги в умовах роботи клініки в період військового стану.

Наслідком постійної роботи в таких воєнних умовах є хронічний професійний стрес, емоційне вигорання. Результатом хронічного професійного стресу є емоційне, мотиваційне та фізичне виснаження. Динаміка його розвитку відповідає трьом фазам стресу: напруги, опору, виснаження.

Виникнення нервової (тривожної) напруги пов'язане з хронічною дестабілізуючою психоемоційною робочою обстановкою, підвищеною відповідальністю, необхідністю взаємодії з психоемоційно-дестабілізованими пацієнтами через військовий стан. На стадії опору (резистенції) співробітник намагається більш менш успішно захищати себе від травматичних переживань. На стадії виснаження відбувається збіднення психічних ресурсів, зниження емоційного тону, яке настає внаслідок того, що не відбулося відновлення витрачених ресурсів.

Кожному етапі відповідають симптоми наростаючого емоційного вигорання. На першій стадії відзначаються помірні, нетривалі за часом ознаки цього процесу, які проявляються у легкій формі та виражаються у турботі

спеціаліста про себе (наприклад, шляхом розслаблення чи організації перерви у роботі). Для другої стадії характерні регулярні прояви симптомів емоційного вигоряння, вони мають більш затяжний характер і важче піддаються корекції. Людина може почуватися виснаженою навіть після гарного сну та після вихідних. Незважаючи на те, що перерви в роботі мають позитивний ефект і знижують рівень вигоряння, цей ефект носить тимчасовий характер: рівень вигоряння частково підвищується через три дні після повернення до роботи. На стадії виснаження з'являються та/або загострюються хронічні соматичні та психологічні проблеми. Спроби піклуватися про себе, як правило, не дають результату, а допомога профільних фахівців може не давати швидкого полегшення.

Таким чином, емоційне вигоряння слід оцінювати як стан професійно обумовленої емоційної перевтоми, як патологічну стадію та особливий вид хронічної втоми працівників.

В роботі в умовах війни збільшується ймовірність та швидкість формування емоційного вигоряння.

Для емоційного вигоряння характерні наступні симптоми: [21, с.1035].

- Поведінкові: підвищена увага до деталей; ригідність («застрявання» на одному виді діяльності, проблеми в адаптації до нової ситуації); нездатність приймати рішення; прагнення дотримуватися дистанції від пацієнтів, від колег; зростаюче уникнення спілкування з ними; зловживання алкоголем або наркотичними речовинами.
- Фізичні: втома; сприйнятливність до змін показників довкілля; часті головні болі; розлади шлунково-кишкового тракту; надлишок або нестача ваги; задишка; безсоння; зниження імунітету.
- Соціальні: низька соціальна активність; падіння інтересу до дозвілля, захоплень; соціальні контакти обмежуються роботою; погані відносини на роботі та вдома; відчуття ізоляції, нерозуміння інших та іншими; відчуття нестачі підтримки з боку сім'ї, друзів, колег.

- Психологічні: почуття несвідомого занепокоєння; зниження рівня ентузіазму; почуття образи; почуття розчарування; невпевненість; почуття провини; почуття непотрібності; почуття гніву, що легко виникає; дратівливість; підозрілість; почуття всемогутності (влада над долею пацієнта); загальне негативне сприйняття майбутнього.

Серед факторів емоційного вигорання в екстремальних умовах значущими є такі: [21, с.1037]

- Соціально-психологічні: відчуття соціальної незахищеності та переживання соціальної несправедливості; незадоволеність умовами та оплатою праці, кар'єрним зростанням; молодий вік та невеликий стаж роботи.
- Рольові фактори (функціональні обов'язки): рольовий конфлікт, рольова перевантаженість; рольова невизначеність.

Тригерними факторами виникнення емоційного вигорання є такі.

- Психологічні: схильність до емоційної ригідності; невміння спілкуватися; інтенсивна інтеріоризація (сприйняття та переживання) обставин професійної діяльності, перфекціонізм, безграмотне співчуття (розчинення в іншому, слабкі межі «Я»).
- Зовнішні - соціально-психологічні умови діяльності: підвищена відповідальність за виконувані функції та операції, робота у режимі зовнішнього та внутрішнього контролю; необхідність входити у стан суб'єкта, з яким здійснюється спільна діяльність, та перебувати у ньому; моральна та юридична відповідальність; психологічно складний контингент пацієнтів.
- Зміст роботи: хронічна напружена психоемоційна діяльність, коли необхідно підкріплювати емоціями різні аспекти спілкування - активно ставити та вирішувати проблеми, уважно сприймати та швидко запам'ятовувати інформацію, швидко зважувати альтернативи та приймати рішення.

Увага керівників у плані першочерговості психологічної підтримки має бути звернена на наступні категорії працівників [21, с.1040]:

- з низьким рівнем професійної безпеки;
- відсутністю досвіду практичної роботи;
- соматично неблагополучних;
- які переживають психологічні травми (розлучення, смерть близького або пацієнта);
- з відсутністю соціально-психологічних ресурсів (соціальні зв'язки, родинні зв'язки; економічна стабільність тощо).

Слід пам'ятати, що навіть найвитриваліші та найдосвідченіші члени лікувальної бригади можуть бути вражені ситуаціями, які мають до них особисте відношення (при наданні допомоги тому, хто нагадує їм про близьких, або повідомлення родичам хворих про погані новини протягом тривалого часу).

Особливу увагу слід звертати:

- на працівників з високою мотивацією професійної та емоційної віддачі, а також осіб, які перебувають у стані натхнення, а також прагнуть вчинення під впливом цього настрою активних дій;

- на середній та молодший медичний персонал, яких вирізняє:

а) сумлінність, зведена в абсолют, надмірна, хвороблива акуратність, прагнення у будь-якій справі досягти зразкового порядку. Основним симптомом вигоряння є

а) апатія;

б) прагнення бути першим у всьому, завжди бути на увазі. Їм властива висока ступінь виснаження при виконанні рутинної роботи, дратівливість, гнівливість при втомі;

в) вразливість, чуйність, схильність сприймати чужий біль як власний. При стресах страждають на безсоння, у них можлива поява підвищеної тривожності. На всіх етапах роботи в режимі підвищеної готовності до надзвичайної ситуації необхідний оперативний моніторинг психологічного стану.

Висновок до першого розділу

Емоційне вигорання – це супутник великої кількості професій, в тому числі і медичних працівників, що асоціюється з різними зовнішніми та внутрішніми факторами, а також з частотою професійних помилок. Емоційне вигорання, в свою чергу є наслідком професійних стресів працівників медичної сфери розглядалися у роботах І. Харді, В.В. Косарева, Г.Ф. Васюкова, Барабанової, Н. Водоп'янової. Емоційне вигорання формується в професійній діяльності під впливом комбінації чинників, що включають індивідуальні особливості людини, її міжособистісні відносини, а також професійну і робочу ситуації.

Сама професійна діяльність медичних працівників передбачає емоційну насиченість та високий відсоток факторів, що викликають стрес. У звичайних умовах працівники медичної сфери постійно піддаються постійному впливу з боку психотравмуючих обставин - характеру організації праці, психологічного тиску з боку пацієнтів та їх родичів, колег, адміністрації, а особливо даний тиск загострюється в період кризових подій: війни, пандемії, техногенні катастрофи де медичні працівники приймають першу лінію оборони, що врешті рещт призводить до синдрому емоційного вигорання.

Робота в умовах воєнного стану висуває підвищені вимоги до фізичних, психічних та психологічних ресурсів медиків. Незважаючи на збільшену кількість стресогенних факторів, роботу в умовах повітряних тривог, позмінно, неможливість повноцінно спілкуватися з рідними та близькими, медичним працівникам необхідно дотримуватися всіх протоколів лікування та реанімаційних заходів, екстрено приймати клінічно важливі рішення, дотримуватися принципів медичної етики та деонтології та при цьому неухильно дотримуватися правил безпеки під час роботи в умовах військового стану. Отже, наслідком постійної роботи в даних умовах є хронічний професійний стрес, емоційне вигорання. Результатом хронічного професійного стресу є емоційне, мотиваційне та фізичне виснаження.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРИВАТНОЇ КЛІНІКИ ДО ТА ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

2.1 Планування та організація емпіричного дослідження

З метою реалізації мети та завдання дослідження нами проводилося емпіричне дослідження емоційного вигорання медичних працівників до та під час військового стану. Для цього нами було здійснено добір методик дослідження, які були б адекватні предмету дослідження.

В емпіричному дослідженні взяли участь 23 досліджуваних, працівників медичної сфери.

На першому етапі відбувалось вивчення та аналіз теоретичних відомостей з даного питання, підбрано методики дослідження, сформовано вибірку, підготовлено бланки методик.

На другому етапі – власне емпіричне дослідження.

На третьому етапі – інтерпретація та аналіз отриманих під час дослідження даних.

Для нашого дослідження було відібрано наступні методики [22], [28]: опитувальник «Професійне (емоційне) вигорання» К. Маслач и С. Джексон, адаптований Н. Водопьяновою, Е. Старченковою, методика діагностики особистості на мотивацію до успіху Т. Елерса та методика діагностика самооцінки Дембо-Рубінштейн. (див. Додатки А,Б,В)

Опитувальник вигорання Маслач (МВІ), в адаптації - Професійне вигорання (ПВ), (див. Додаток А) призначений для вимірювання основних показників синдрому професійного вигорання: емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень.

У 2007 році у НІПНІ ім. Бехтерева було проведено адаптацію оригінального опитувальника Маслач стосовно медичних працівників. Методику було доповнено математичною моделлю обчислення загального індексу вигорання (ІСП).

Тест містить 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з виконанням робочих операцій.

Про показники високого рівня вигорання свідчать високі оцінки за субшкалами «емоційного вигорання» і «деперсоналізації» та низькими - за шкалою «професійна ефективність» (зниження персональних досягнень). Відповідно, чим нижче людина оцінює свої можливості та досягнення, тим менше її задовольняє самореалізація в професійній сфері, тим більше виражається синдром вигорання.

Таблиця 2.2.1

Оцінювання субшкал за методикою МВІ

Субшкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження (середній показник – 19,73)	0-15	16-24	25 і більше
Деперсоналізація (середній показник - 7,78)	0-5	6-10	11 і більше
Редукція професіоналізму (середній показник – 32,93)	37 і більше	31-36	30 і менше

Даний опитувальник призначений визначення ступеня вираженості і поширеності синдрому вигорання, зокрема медичних працівників. Методика може бути використана в практиці охорони здоров'я, освіти, бізнесі та управлінні для своєчасної та всебічної діагностики синдрому вигорання з подальшим визначенням мішеней та рівнів профілактичного впливу, як у напрямку оптимізації терапевтичного середовища, так і щодо профілактики накопичення

емоційної напруги. Отримані дані можуть бути рекомендовані під час підготовки керівних кадрів з інформуванням та тренінгом побудови програм профілактичної санації виробничої обстановки у колективі. Методика може застосовуватися під час проведення професійного відбору.

Методика діагностики особистості на мотивацію до успіху Т. Елерса (див. Додаток Б)

Важливо зазначити, що емоційне вигорання – це в першу чергу виснаження нервової системи, що призводить до втрати мотивації до дій та хронічно поганого настрою. Мотивація досягнення розвивається в зрілому віці в першу чергу, за рахунок навчання. Зокрема, як підкреслює Л. Джуелл «мотивація досягнення може розвиватися в контексті трудової діяльності, коли люди безпосередньо відчують всі переваги, пов'язані з досягненнями». Саме тому, в контексті вивчення емоційного вигорання медичних працівників важливо дослідити показники мотивації до успіху, прослідкувати динаміку зміни показників мотивації до успіху в медичних працівників до та під час військового стану. Особистісний опитувальник. Призначений для діагностики, виділеної Хекхаузенем, мотиваційної спрямованості особистості на досягнення успіху.

Стимульний матеріал являє собою 41 твердження, на які випробуваному необхідно дати один з 2 варіантів відповідей «так» чи «ні». Тест відноситься до моношкальних методик. Ступінь вираженості мотивації до успіху оцінюється кількістю балів, які збігаються з ключем.

Ключ :

- По 1 балу нараховується за відповіді «так» на наступні питання: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 37, 41.
- Також нараховується по 1 балу за відповіді «ні» на питання: 6, 19, 18, 20, 24, 31, 36, 38, 39.
- Відповіді на питання 1, 11, 12, 19, 28, 33, 34, 35, 40 не враховуються.

Далі підраховується сума набраних балів.

Аналіз результату .

- Від 1 до 10 балів: низька мотивація до успіху;

- від 11 до 16 балів: середній рівень мотивації;
- від 17 до 20 балів: помірно високий рівень мотивації;
- понад 21 бали: занадто високий рівень мотивації до успіху.

Одна з найбільш відомих методика дослідження самооцінки Дембо – Рубінштейн (див. Додаток В). Вона названа на честь творців Тамари Дембо і Сусанни Рубінштейн. Зовні досить проста методика дозволяє визначити ставлення до себе за допомогою тесту. Для цього обстежуваному пропонується відзначити на вертикальних лініях рівень розвитку якостей особистості і рівень домагань: який саме рівень розвитку цих якостей повністю би задовольнив людини. Для проведення аналізу випробуваному видається бланк із зображенням на ньому семи ліній. Лінії мають вказівки верхній, нижній і середній точки. При цьому середня відзначена ледве помітно. Методику проводять індивідуально або з цілою групою. Працюючи фронтально – важливо перевірити, щоб кожен учасник правильно застосував запропоновані значки, відповідаючи на питання. На заповнення шкали виділяється 10-12 хвилин, включаючи час читання інструкції.

Згідно концепції К. Маслач, в структурі професійного вигорання виокремлюють 3 компоненти: по-перше, це емоційне виснаження, що проявляється в емоційній спустошеності, втомі, небажанні співчувати та співпереживати клієнтам чи пацієнтам, намаганні відсторонитися від їхніх проблем та емоцій; по-друге, це деперсоналізація або цинічне ставлення до роботи та клієнтів, що може проявлятися в насмішках, презирстві, байдужості, формальності спілкування; по-третє, це редукція професійних досягнень, що проявляється в знеціненні професіоналом результатів своєї роботи, впевненості у власній некомпетентності та небажанні продовжувати займатися цим видом роботи.

Самоствавлення – це установка особистості по відношенню до самої себе. В структурі самоствавлення виокремлюють наступні компоненти: самовпевненість, самозвинувачення, самоповага, аутосимпатія, самоінтерес, що утворюють емоційний простір, в якому розгортаються установки особистості щодо самої

себе. Саме самоствалення особистості може сприяти або запобігати емоційному вигоранню.

Тест Дембо - Рубінштейн відрізняється своєю простотою в підрахунку кількості балів. Як вже було зазначено, висота кожної шкали дорівнює ста міліметрів. На підставі цього і проводиться підрахунок балів.

Відмітка на відстані сімдесяти міліметрів від нульової точки дорівнюватиме сімдесяти балам. Таким же способом відбувається вимір кожного параметра. Потім точно так же вимірюють рівень відміток про бажаному рівні.

Аналіз результату:

1. Самооцінка:

75-100 балів - зайва впевненість, завищена самооцінка.

45-74 бали - оптимальні показники для кожного з параметрів. Ці бали говорять про реалістичній оцінці людиною самого себе. Правильний підхід до оцінки рівня своїх умінь.

Менше 45 балів - занижена самооцінка.

2. Рівень домагань:

90-100 балів - завищені очікування і вимоги по відношенню до себе, невірне бачення картини і спотворення розуміння.

75-89 балів - оптимальні вимоги. Очікування в даному випадку обґрунтовані і логічні.

Менше 60 балів - занижені очікування. Це не сприяє розвитку людини, так як він сам не бажає вчитися.

Дослідження самооцінки за методикою Дембо - Рубінштейн зводиться до дуже простого, але ефективного аналізу. Адже ця методика активно використовується у визначенні особистісних проблем та шляхів їх вирішення. Дембо та Рубінштейн мали на меті визначити рівень щастя, але методика виявилась більш універсальною. Очевидні плюси такого підходу: об'єктивність підсумкових показників, наочність результатів, простота використання.

2.2 Інтерпретація результатів дослідження динаміки емоційного вигорання медичних працівників приватної клініки до та під час воєнного стану

Аналізуючи результати дослідження професійного вигорання за методикою МВІ в медичних працівників приватної клініки до та під час воєнного стану. Вже до військового стану в них спостерігається перевага високого рівня емоційного виснаження (див. рис. 2.2.1) можливо це пов'язана з новою хвилею пандемії, яка була взимку, що вплинуло на емоційний стан лікарів, їм стало важко справлятися з робочим навантаженням, вони можуть віддалятися від близького спілкування, часто можуть відчувати роздратованість і нетерпимість до оточуючих людей, поступово може втратитись здатність співпереживати.

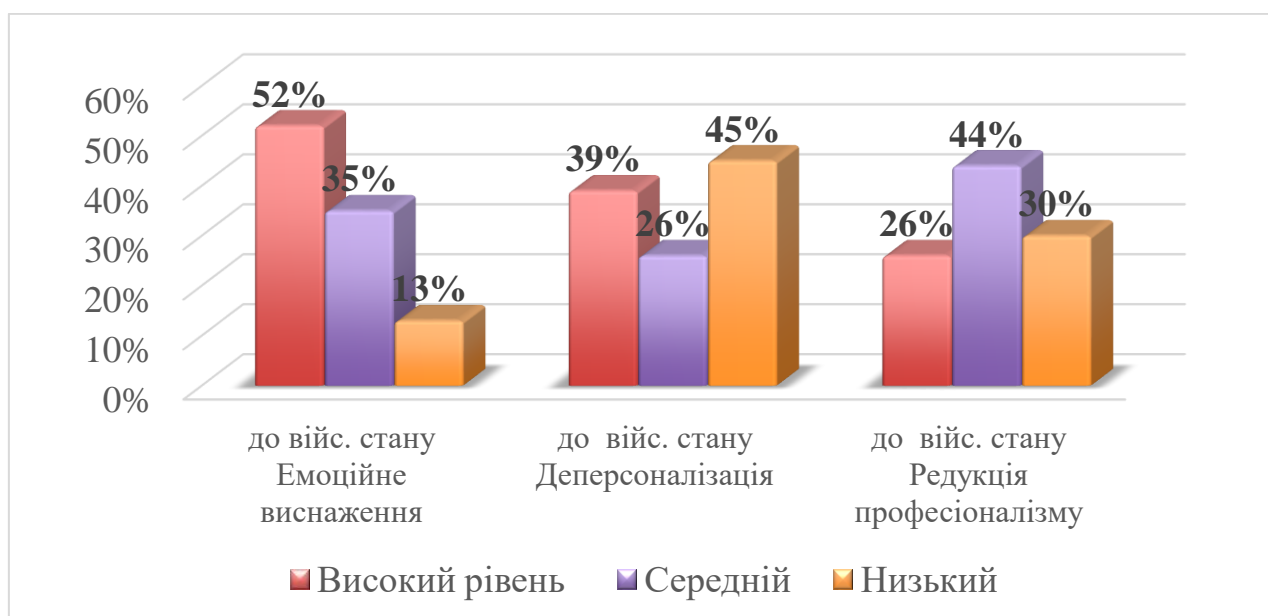


Рис. 2.2.1 Показники за шкалами методики МВІ у медичних працівників до військового стану

Однак відчуваючи емоційне виснаження респонденти здатні контролювати, оскільки за шкалами деперсоналізації та редукції професійних обов'язків у респондентів переважають показники середнього та низького рівня (див. рис. 2.2.1 та Додаток Г). Тобто, емоційне виснаження не змінило

ставлення оптантів до себе та не впливає на виконання професійних обов'язків, респонденти здатні впоратись і контролювати свій емоційний стан, можливі ситуативні труднощі з якими медики здатні справлятися.

Аналізуючи результати емоційного виснаження медичних працівників у військовий час ми бачимо суттєве навантаження на лікарів, високий середній показники за всіма шкалами (див. рис. 2.2.2).

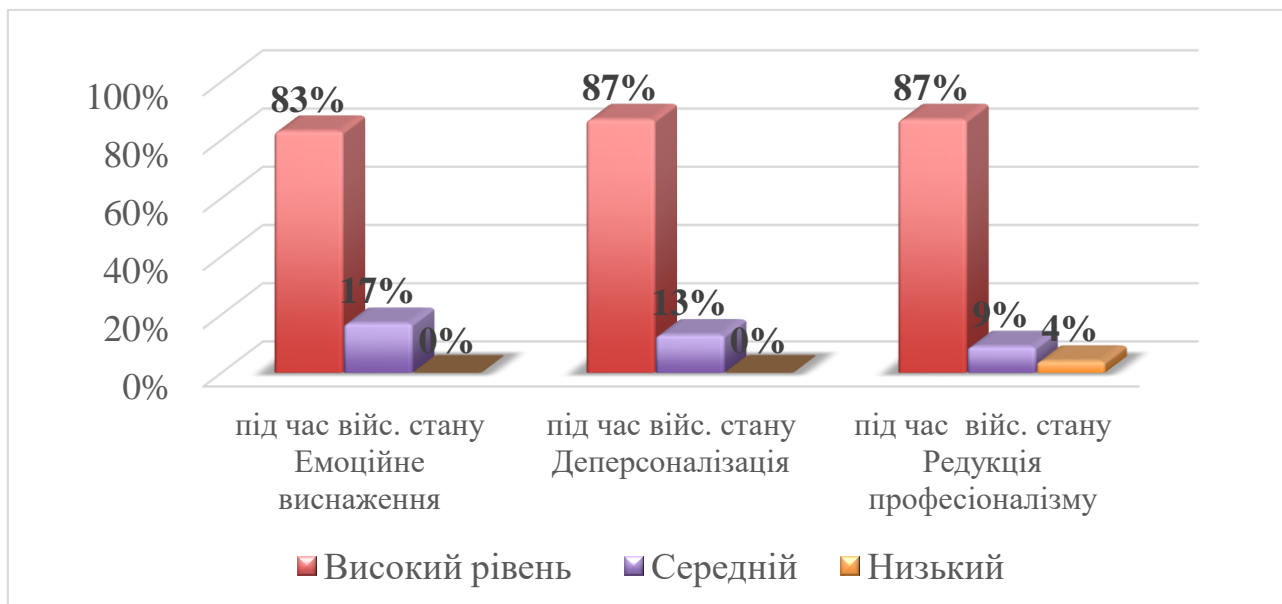


Рис. 2.2.2 Показники за шкалами методики МВІ у медичних працівників під час військового стану

Тобто, респондентам важко справлятися зі стресом та зовнішніми впливами, спостерігається особистісна закритість, емоційна відстороненість від колег та небажання працювати, що підтверджують високі показники за шкалами деперсоналізація та редукція професійних обов'язків. Поступово втрачається здатність співпереживати, все частішими стають прояви цинізму та негативу.

Зіставляючи показники отримані за шкалою «Емоційне виснаження» (див. рис. 2.2.3) медичних працівників до та під час військових дій, зафіксовано переважання високих показників у 83% досліджуваних та відсутність низьких показників за шкалою у військовий час. При цьому в мирний час високі показники за шкалою емоційне виснаження зафіксовано в 52% оптантів, при

цьому присутній середній та низькі показники за даною шкалою.

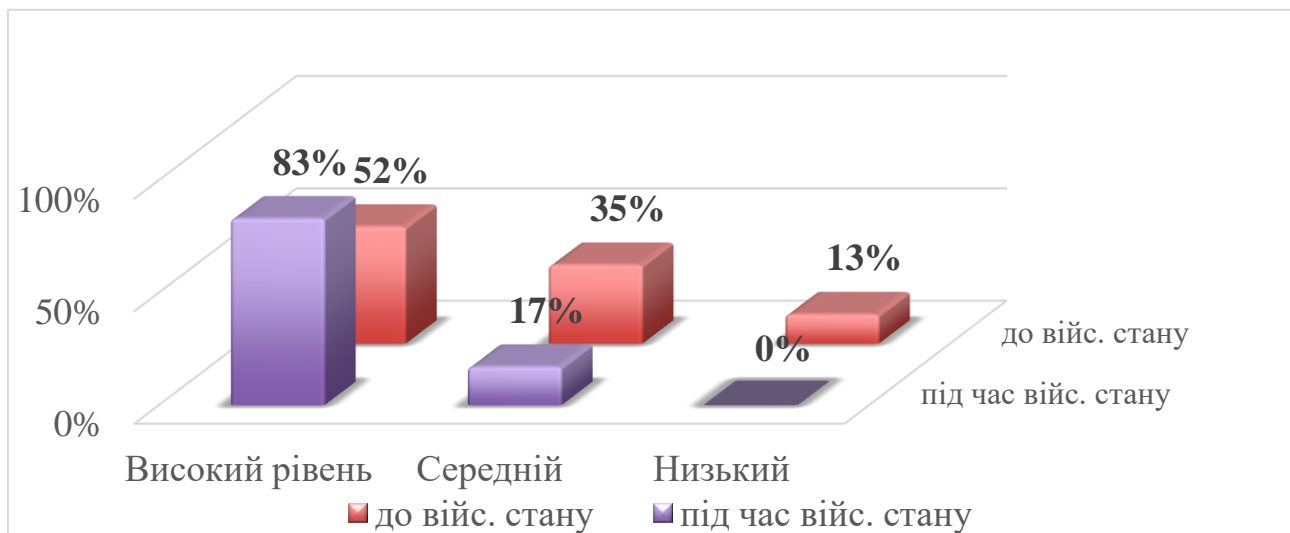


Рис. 2.2.3 Показники рівнів емоційного виснаження медичних працівників до та під час військового стану

Зафіксовано високий рівень за шкалою деперсоналізації в медичних працівників під час військових дій (див. рис. 2.2.4 та Додаток Г). Можливо, це зумовлено тим, що вони відчувають власну незначимість, неможливість в глобальному сенсі вплинути на зміну ситуації, тому у них притупляється здатність відчувати емоції та падає бажання взагалі вмикатися в емоційні контакти.

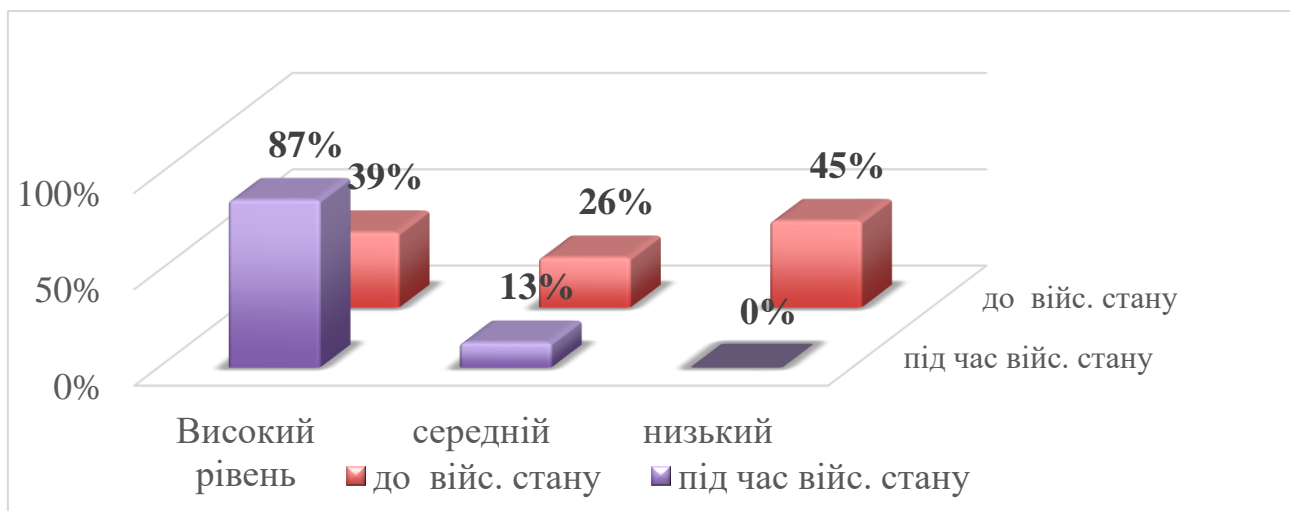


Рис. 2.2.4 Показники рівнів деперсоналізації медичних працівників до та під час військового стану

Емоційне виснаження, деперсоналізація зумовлює редукцію професійних обов'язків (див. рис. 2.2.5 та Додаток Г), медичні працівники намагаються полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних витрат, при цьому виконують свою роботу на автоматі, мінімізуючи особистісні та емоційні зв'язки з пацієнтами, про що свідчить домінування у вибірці досліджуваних 87% високого рівня за шкалою «Редукція професійних обов'язків».

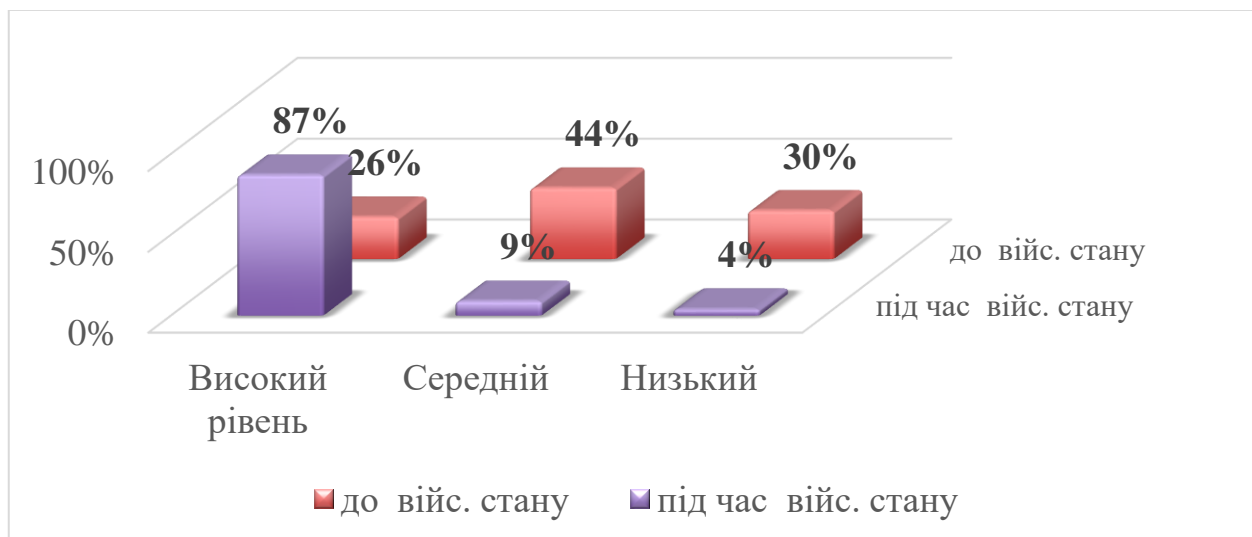


Рис. 2.2.5 Показники рівнів редукції професійних обов'язків медичних працівників до та під час військового стану

Отже, зіставляючи показники за шкалою «Емоційне виснаження» ми бачимо переважання високих показників у 83% досліджуваних та відсутність низьких показників за шкалою у військовий час, тим часом, коли в мирний час високий показник був в 52% опитаних, при цьому були присутні середній та низькі показники за даною шкалою. За шкалою «Деперсоналізація» є зростання високого рівня з 39% до 87%, а середній та низький, так само як і в «Емоційному виснаженні», йдуть на спад. По шкалі «Редукція професійних обов'язків» в нас та ж ситуація, що й з іншими шкалами. До початку воєнного стану в нас високий рівень займав 26%, після ж початку – 87%, відповідно, середній та низький показник також знизилась.

Показники отримані за методикою «Шкала мотивації до успіху» Т. Елерса отримані до та під час військового стану дають можливість констатувати зміну

переважаючих показників мотивації до успіху з помірно високого до середнього рівня (див. рис. 2.2.6 та Додаток Е).

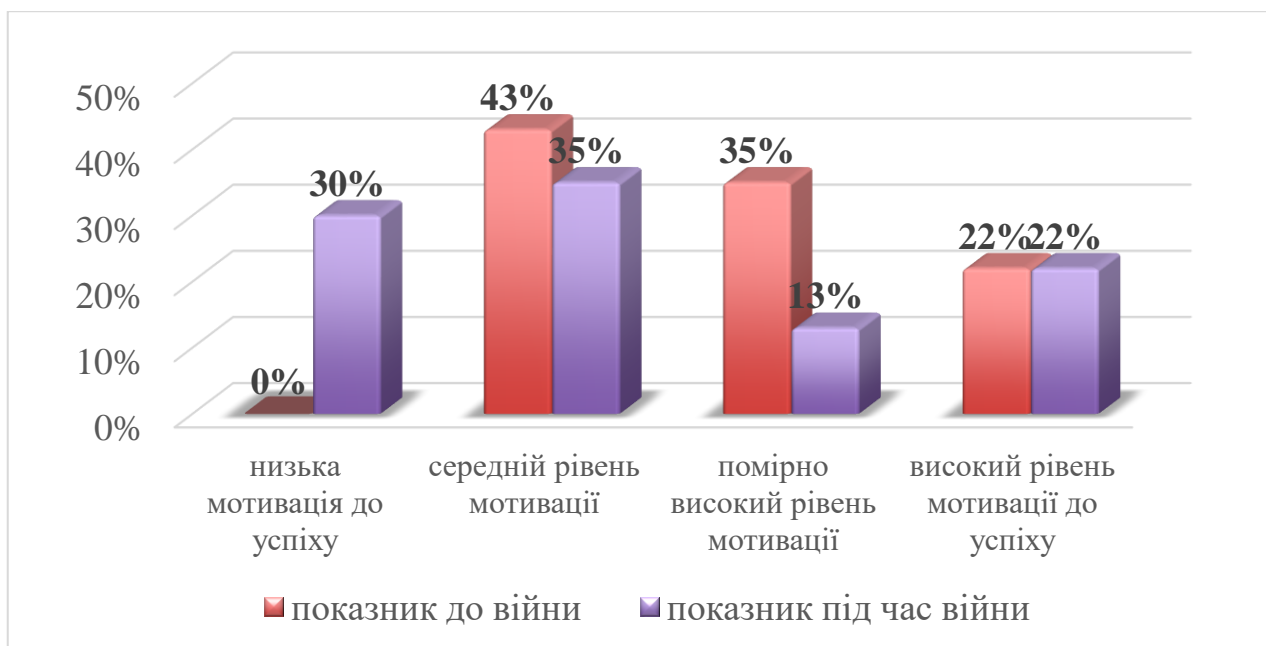


Рис. 2.2.6 Показники рівнів мотивації до успіху медичних працівників до та під час військового стану за методикою Т. Елерса

Тобто, медичні працівники не бояться ризикувати, вони не є скованими у своїх діях, бо можлива невдача не надто хвилює їх, вони мають конкретне завдання та розуміння, що повинні виконувати, розуміють свої обов'язки та функції, які намагаються виконати в тих умовах яких знаходяться, про що свідчить незмінність високого рівня мотивації до успіху до та під час війни на рівні 22%. Звичайно, порівнянно з довоєнним станом вони менш схильні орієнтуватися на власні сили, зараз вони чітко усвідомлюють важливість спільної, командної роботи, так можливо знизилась гнучкість, але в респондентів спостерігається наполегливість в досягненні поставленої перед ними мети.

Результати отримані за методикою Дембо-Рубінштейн дають можливість прослідкувати динаміку змін самооцінки та рівня домагань медичних працівників до та під час військового стану. Варто зазначити, що показники самооцінки в респондентів до та під час військового стану, знаходяться на оптимальному рівні 78% та 83% відповідно, тобто респонденти реалістично оцінюють свої сили та себе, ми навіть можемо побачити підняття показника

самооцінки (рис.2.2.7 та Додаток Д) в медичних працівників. Тобто, стресові умови, можливо, показали респондентам їх реальні можливості, вони переоцінили свої сили та змогли по інакшому подивитись на себе, змогли відчутти власну силу в професійному та особистісному просторі.

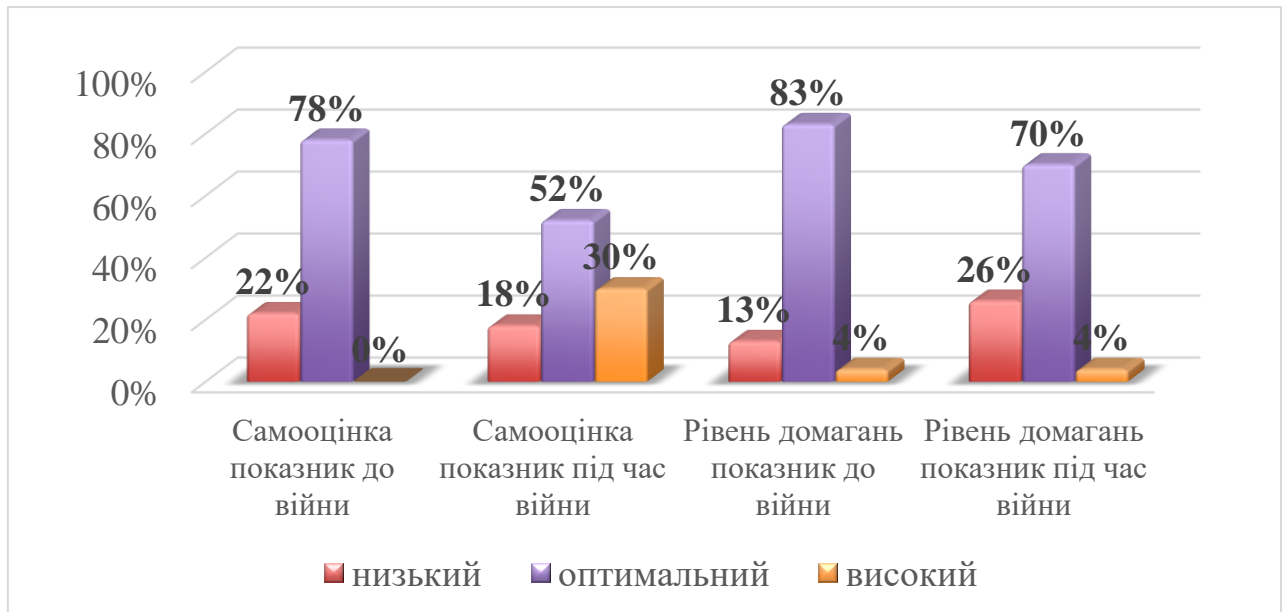


Рис. 2.2.7 Показники самооцінки та рівня домагань медичних працівників до та під час військового стану за методикою Дембо-Рубінштейн

Варто зазначити, що в 4% респондентів спостерігається однаковий рівень домагань до та під час військового стану, при цьому бачимо збільшення у вибірці досліджуваних показника низького рівня рівно наполовину до та під час військового стану з 13% до 26%. Можна сказати, що медичні працівники, будучи в стані емоційного виснаження, не мають бажання розвиватись та досягати якоїсь мети, їм здається, що кожна ідея приречена на провал. Медичні працівники в умовах військового стану мають подвійне навантаження, тому що повинні витримувати емоції пацієнтів, свої емоції та при цьому бути ефективними, виконуючи професійні обов'язки тут і зараз. Але, зважаючи на ці всі негативні умови під час виконання своїх обов'язків, в працівників даної медичної приватної клініки все таки домінує оптимальний рівень домагань, що сприяє виконанню своєї роботи як і раніше.

2.3 Математична обробка даних

Вище представлені дані також підтверджують результати, отримані за допомогою T – критерію Вілкоксона, який дозволив встановити статистично достовірний характер відмінностей між двома залежними вибірками.

Тест був уперше запропонований у 1945 році американським статистиком та хіміком Френком Вілкоксоном (1892-1965).

T -критерій Вілкоксона застосовується для зіставлення показників, вимірних у двох різних умовах на одній і тій же вибірці (групі) випробуваних. Рекомендується критерій для вибірок помірної чисельності (чисельність кожної вибірки від 12 до 40 осіб).

Він дозволяє встановити як *спрямованість* змін, так і їх *виразність*. З його допомогою ми визначаємо, чи є зрушення показників у якомусь одному напрямку інтенсивнішим, ніж у іншому.

Можна висунути нульову гіпотезу H_0 про те, що динаміка емоційного вигорання не простежується до та під час воєнного стану, а також альтернативну гіпотезу H_1 щодо наявності цієї динаміки.

Для визначення емпіричного значення T -критерію ми знаходимо суму рангів нетипових зрушень (див. табл. 2.3.1 та Додаток Є). За нетипове зрушення було прийнято «зменшення значення».

Таблиця 2.3.1

Показники T – критерію Вілкоксона

Шкали	Показники T – критерію Вілкоксона
Емоційне виснаження	$T_{\text{ЕМП}} = 40.5$
Деперсоналізація	$T_{\text{ЕМП}} = 74.5$
Редукція професійних обов'язків	$T_{\text{ЕМП}} = 47$
Самооцінка	$T_{\text{ЕМП}} = 85.5$
Рівень домагань	$T_{\text{ЕМП}} = 100$
Мотивація до успіху	$T_{\text{ЕМП}} = 48.5$

Ми бачимо, що зросли такі негативні показники як емоційне виснаження та редуція професійних обов'язків. В умовах воєнного стану медики відчують досить гостро на собі події навколишньої реальності, що супроводжується емоційними зривами, агресивними реакціями, спалахами гніву в сторону пацієнтів або родичів, втрата почуттів до близьких людей, зниження емпатії – чуйності, співпереживання. Спостерігається зниження професійної ефективності працівника, що може проявлятися в негативізмі щодо службових можливостей, в обмеженні обов'язків до соціального оточення, у зниженні відчуття значущості діяльності, що виконується. Яскраво виражене почуття власної неспроможності і некомпетентності.

Але варто звернути увагу, що крім цих негативних даних по шкалах «Емоційне виснаження» та «Редуція професійних обов'язків», зріс також і такий позитивний показник як мотивація до успіху. Це означає, що медичні працівники в воєнний період сприймають труднощі як виклик до руху вперед, реагуючи на це з оптимізмом та енергією. Вони є спрямованими на досягнення успіху в своїй діяльності, а отже, на успішне подолання перешкод, що може характеризувати їх як сміливих, рішучих та тих, хто не боїться ризикувати.

Отже, варто відмітити, що саме в цих показниках (див. табл. 2.2 та Додаток Є) за шкалами: «Емоційне виснаження», «Редуція професійних обов'язків», «Мотивація до успіху» у вибірці досліджуваних виявлені достовірні відмінності, а значить вони є статистично значущими. Тобто, показники отримані в умовах військового стану достовірно відрізняються від показників отриманих в довоєнний час, що дозволяє відхилити нульову гіпотезу H_0 та підтвердити альтернативну гіпотезу, а саме наявність динаміки емоційного вигорання в медичного персоналу до та під час воєнного стану. При цьому відзначаємо, що за шкалами «Рівень домагань» та «Самооцінка» прослідковується відсутність статистичної значущості, так як розрахункове (емпіричне) значення $T_{Емп}$ менше табличного $T_{кр.}$, а значить можна підтвердити в даних шкалах нульову гіпотезу H_0 , а альтернативну гіпотезу H_1 відхилити.

Якщо говорити про шкалу «Деперсоналізацію», то її дані знаходяться в зоні невизначеності, зовсім трішки наблизившись до зони незначимості, що дає підставу говорити про умовне відхилення нульової гіпотези H_0 , адже показники не перетнули межу $T_{кр.(0,05)}$, але не досягли межі $T_{кр.(0,01)}$ для того, щоб однозначно прийняти альтернативну гіпотезу H_1 . Такий результат міг виникнути за рахунок типових зрушень, так як результати до та під час воєнного стану не показали достатньо високої різниці для статистичної значущості. Або ж можна припустити, що такий результат міг виникнути внаслідок недостатньої кількості вибірки.

Отже, підтвердження альтернативної гіпотези H_1 засвідчує присутність динаміки емоційного вигорання в медичних працівників приватної клініки до початку та після введення воєнного стану. Звичайно, є шкали, які не показали статистичної значущості. Це могло виникнути із-за незначимої різниці в результатах, або ж із-за недостатньої кількості респондентів.

Можемо зробити висновок, що медичні працівники мають досить стійкі особистісні переконання та самоусвідомлення власних сил, здібностей та можливостей, цінностей і в воєнний період намагаються також їх дотримуватись, що на нашу думку є хорошим моментом самопідтримки та відновлення ресурсу. При цьому, відзначаємо, що в респондентів така ситуація, як військовий стан, відображається на професійному стані та навичках сильніше, ніж в звичайному житті.

Висновок до другого розділу

З метою реалізації мети та завдання дослідження нами проводилося емпіричне дослідження емоційного вигорання медичних працівників до та під час військового стану. В дослідженні взяли участь 23 досліджуваних, працівників медичної сфери.

Аналізуючи результати дослідження емоційного вигорання за методикою МВІ в медичних працівників вже до військового стану спостерігається перевага високого рівня емоційного виснаження. Однак, відчуваючи емоційне виснаження, респонденти здатні були контролювати ситуацію, оскільки за шкалами деперсоналізації та редукції професійних обов'язків у респондентів переважали показники середнього та низького рівня. Тобто, емоційне виснаження не змінило ставлення опитаних до себе та не впливало на виконання професійних обов'язків, респонденти здатні контролювати свій емоційний стан та справлятися з можливими ситуативними труднощами, з якими медики можуть справлятися.

Після введення військового стану, ці показники значно змінились, що підтверджують статистичні дані. Емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція професійних обов'язків, показники яких значно вирости, можуть сказати нам, що медичні працівники намагаються полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних витрат, при цьому виконують свою роботу на автоматі, мінімізуючи особистісні та емоційні зв'язки з пацієнтами. Респондентам стало важко справлятися зі стресом та зовнішніми впливами, спостерігається особистісна закритість, емоційна відстороненість від колег та небажання працювати, що підтверджують дані показники.

Отже, зіставляючи показники отримані за шкалою «Емоційне виснаження» медичних працівників до та під час військових дій, зафіксовано переважання високих показників у 83% досліджуваних та відсутність низьких показників за шкалою у військовий час. При цьому в мирний час високі показники за шкалою емоційне виснаження зафіксовано в 52% опитаних, при цьому присутній середній

та низькі показники за даною шкалою. За шкалою «Деперсоналізація» ми бачимо зростання високого рівня з 39% до 87%, а середній та низький, так само як і в «Емоційному виснаженні», йдуть на спад. По шкалі «Редукція професійних обов'язків» в нас та ж ситуація, що й з іншими шкалами. До початку воєнного стану в нас високий рівень займав 26%, після ж початку – 87%, відповідно, середній та низький показник також знизилась.

Відзначаємо, що в респондентів спостерігається незначна зміна мотивації до успіху, про що свідчить незмінність високого рівня мотивації до успіху до та під час війни на рівні 22%. Респонденти не бояться ризикувати, не є скованими у своїх діях, можлива невдача не надто хвилює їх, тобто вони мають конкретне завдання та розуміння, що повинні виконувати, розуміють свої обов'язки та функції, які намагаються виконати в тих умовах яких знаходяться. В порівнянні з довоєнним станом вони менш схильні орієнтуватися на власні сили, зараз вони чітко усвідомлюють важливість спільної, командної роботи, так можливо знизилась гнучкість, але в респондентів спостерігається наполегливість в досягненні поставленої перед ними мети.

Варто зазначити, що показники самооцінки в респондентів до та під час військового стану, знаходяться на оптимальному рівні 78% та 83% відповідно, респонденти реалістично оцінюють свої сили та себе, ми навіть можемо побачити підняття показника самооцінки в медичних працівників. Тобто, стресові умови можливо показали респондентами їх реальні можливості, вони переоцінили свої сили та змогли по інакшому подивитись на себе, змогли відчутти власну силу в професійному та особистісному просторі.

Отже, медичні працівники в умовах військового стану мають подвійне навантаження, тому що повинні витримувати емоції пацієнтів, свої емоції та при цьому бути ефективними виконуючи професійні обов'язки тут і зараз.

ВИСНОВКИ

1. Емоційне вигоряння формується в професійній діяльності під впливом комбінації чинників, що включають індивідуальні особливості людини, її міжособистісні відносини, а також професійну і робочу ситуації. Емоційне вигоряння – це супутник великої кількості професій, в тому числі і медичних працівників, що асоціюється з різними зовнішніми та внутрішніми факторами, а також з частотою професійних помилок. Емоційне вигоряння, як наслідки професійних стресів працівників медичної сфери розглядалися у роботах І. Харді, В.В. Косарева, Г.Ф. Васюкова, Барабанової, Н. Водоп'янової.

Ми трактуємо емоційне вигоряння як фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що виникає як стрес-реакція у відповідь на виробничі та емоційні вимоги, що стосуються професійної діяльності.

2. Сама професійна діяльність медичних працівників передбачає емоційну насиченість та високий відсоток факторів, що викликають стрес. У звичайних умовах працівники медичної сфери постійно піддаються постійному впливу з боку психотравмуючих обставин - характеру організації праці, психологічного тиску з боку пацієнтів та їх родичів, колег, адміністрації, а особливо даний тиск загострюється в період кризових подій: війни, пандемії, техногенні катастрофи, де медичні працівники приймають першу лінію оборони, що врешті рещт призводить до синдрому емоційного вигоряння.

Робота в сучасних умовах висуває підвищені вимоги до фізичних, психічних та психологічних ресурсів медиків. Незважаючи на збільшену кількість стресогенних факторів, роботу в умовах повітряних тривоги, позмінно, неможливість повноцінно спілкуватися з рідними та близькими, медичним працівникам необхідно дотримуватися всіх протоколів лікування та реанімаційних заходів, екстрено приймати клінічно важливі рішення, дотримуватися принципів медичної етики та деонтології та при цьому неухильно дотримуватися правил безпеки під час роботи в умовах військового стану.

3. Емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція професійних досягнень, мотивація до успіху, самооцінка, рівень домагань – це саме ті параметри, які підсилюють емоційне вигорання, так як:

- емоційне виснаження відображає тяжкість емоційного стану у зв'язку з професійною діяльністю;
- деперсоналізація – відображає рівень відносин з колегами по роботі, а також загальне відчуття себе як особистості в зв'язку з професійною діяльністю;
- редукція професійних досягнень – виявляє рівень загального оптимізму, віру в свої сили і віру в здатність вирішувати виникаючі проблеми, позитивне ставлення до роботи і співробітникам;
- мотивація до успіху – як підкреслює Л. Джуелл «мотивація досягнення може розвиватися в контексті трудової діяльності, коли люди безпосередньо відчують всі переваги, пов'язані з досягненнями». Саме тому, в контексті вивчення емоційного вигорання медичних працівників важливо дослідити показники мотивації до успіху;
- самооцінка – в структурі самоствавлення виокремлюють наступні компоненти: самовпевненість, самозвинувачення, самоповага, аутосимпатія, самоінтерес, що утворюють емоційний простір, в якому розгортаються установки особистості щодо самої себе. Саме самоствавлення особистості може сприяти або запобігати емоційному вигоранню;
- рівень домагань – неможливість задовольнити свої домагання завжди зіштовхують людину з неуспіхом, породжуючи незадоволення собою, появою тривожності, агресії та інших чинників, які ведуть за собою емоційне вигорання.

4. З метою реалізації мети та завдання дослідження нами проводилося емпіричне дослідження емоційного вигорання медичних працівників до та під

час військового стану. В дослідженні взяли участь 23 досліджуваних, працівників медичної сфери.

Зіставляючи показники отримані за шкалою «Емоційне виснаження» медичних працівників до та під час військових дій, зафіксовано переважання високих показників досліджуваних, а саме 83%, та відсутність низьких показників за шкалою у військовий час. При цьому в мирний час високі показники за шкалою емоційне виснаження зафіксовано в 52% опитаних, при цьому присутній середній та низькі показники за даною шкалою. За шкалою «Деперсоналізація» ми бачимо зростання високого рівня з 39% до 87%, а середній та низький, так само як і в «Емоційному виснаженні», йдуть на спад. По шкалі «Редукція професійних обов'язків» в нас та ж ситуація, що й з іншими шкалами. До початку воєнного стану в нас високий рівень займав 26%, після ж початку – 87%, відповідно, середній та низький показник також знизилась.

Відзначаємо, що в респондентів спостерігається незначна зміна мотивації до успіху, про що свідчить незмінність високого рівня мотивації до успіху до та під час війни на рівні 22%.

Варто зазначити, що показники самооцінки в респондентів до та під час військового стану, знаходяться на оптимальному рівні 78% та 83% відповідно, респонденти реалістично оцінюють свої сили та себе, ми навіть можемо побачити підняття показника самооцінки в медичних працівників.

5. Вище представлені дані також підтверджують результати, отримані за допомогою T – критерію Вілкоксона, який дозволив встановити статистично достовірний характер відмінностей між двома залежними вибірками. Варто відмітити, що показники за шкалами: «Емоційне виснаження» $T_{EMH} = 40.5$, «Редукція професійних обов'язків» $T_{EMH} = 47$, «Мотивація до успіху» $T_{EMH} = 48.5$ у вибірці досліджуваних виявлені достовірні відмінності, при цьому показники отримані в умовах військового стану достовірно відрізняються від показників отриманих в довоєнний час. Відзначаємо, що за шкалами «Деперсоналізація» $T_{EMH} = 74.5$, «Рівень домагань» $T_{EMH} = 100$ та «Самооцінка» $T_{EMH} = 85.5$ не виявлено чіткої достовірної відмінності в показниках.

А так як в нас є підтвердження альтернативної гіпотези H_1 , то можемо сказати про присутність динаміки емоційного вигорання в медичних працівників приватної клініки до початку та після введення воєнного стану. Звичайно, є шкали, які не показали статистичної значущості. Це могло виникнути із-за незначимої різниці в результатах, або ж із-за недостатньої кількості респондентів.

Можемо зробити висновок, що медичні працівники мають досить стійкі особистісні переконання та самоусвідомлення власних сил, здібностей та можливостей, цінностей і в воєнний період намагаються також їх дотримуватись, що на нашу думку є хорошим моментом самопідтримки та відновлення ресурсу. При цьому, відзначаємо, що в респондентів така ситуація, як військовий стан, сильніше відображається на професійному стані та навичках ніж в звичайному житті. Адже по наших показниках можна сказати, що респондентам стало важко справлятися зі стресом та зовнішніми впливами, спостерігається особистісна закритість, емоційна відстороненість від колег та небажання працювати, але попри те, стресові умови можливо показали оптантам їх реальні можливості, вони переоцінили свої сили та змогли по інакшому подивитись на себе, змогли відчутти власну силу в професійному та особистісному просторі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агибалова Т.В. Козин В.А. Синдром «эмоционального выгорания» // Независимость личности. 2012. Т.4, № 2(9). С . 33 – 41.
2. Бойко В. В. Энергия эмоций. СПб., 2014. 474 с.
3. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 336 с.
4. Голубинский А.Н. Выявление эмоционального состояния человека по речевому сигналу на основе вейвлет-анализа // Вестник Воронежского института. 2011. № 3. С. 144–153. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vyyavlenieemotsionalnogo-sostoyaniya-cheloveka-porechevomu-signalu-na-osnove-veyvlet-analiza>
5. Гришина Н. В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы. Психологические проблемы самореализации личности / под ред. А. А. Крылова, Л. А. Коростылевой. СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 1997. С. 143–156.
6. Демина Л. Д., Ральникова И. А. Психическое здоровье и защитные механизмы личности: учебное пособие. 2-е изд. Барнаул: Изд-во Алтайского ун-та, 2005. 132 с.
7. Ермакова Е. В. Изучение синдрома эмоционального выгорания как нарушения ценностно-смысловой сферы личности (теоретический аспект)// Культурно-историческая психология. 2010. № 1. С. 27–39.
8. Захаров С. Синдром выгорания у врачей. URL: <http://forums.rusmedserv.com/showthread.php?t=8748>
9. Заховаева А.Г. Основные проблемы философии сестринского дела // Сестринское дело. - М.: Медицинский вестник, 2003. № 2. С.28–29
10. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер, 2000. 672 с. URL: <http://bookap.info/genpsy/psythenc/gl3.shtm>
11. Кінцевий Р., Боухал М. Психологія у медицині. Прага: Авіценум, 1983. 405 с.
12. Колтунович Т. А. Профессиональное выгорание в исторической ретроспективе: описательный период осмысления феномена/ Новый университет// Серия

- «Актуальные проблемы гуманитарных и общественных наук». Йошкар-Ола: Коллоквиум, 2012. № 11. С 46–50
13. Корицова Г. С. Эмоциональное выгорание в профессиональной педагогической деятельности: защитно-совладающий аспект// Вестн. Томского гос. пед. ун-та (TSPU Bulletin). 2013. Вып. 5 (133). С. 175–181.
 14. Кузьмина Ю.М. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности специалистов социальной работы: проявление и профилактика: монография. Казань: КГТУ, 2007. 154 с.
 15. Ленгле А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа: теоретические исследования. Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 3–16.
 16. Лукьянов В. В., Леонова А. Б., Обознов А. А., Чернышев А. С., Водопьянова Н. Е. Выгорание и профессионализация: сб. науч. трудов. Курск: Изд-во Курск. гос. ун-та. Курск, 2013. 440 с.
 17. Мальцева Н. В. Проявления синдрома психического выгорания в процессе профессионализации учителя: дис. канд. психол. наук. Екатеринбург, 2005. 190 с.
 18. Международный классификатор болезней (МКБ-10). URL: <http://www.mkb10.ru/>
 19. Орел В. Е. Синдром психического выгорания личности. М.: Ин-т психологии РАН, 2005. 330 с.
 20. Пайнс Э., Маслач К. Практикум по социальной психологии. СПб.: Питер, 2000. 562 с. URL:<http://logashenkoja.narod2.ru/olderfiles/1/PainsMaslachPraktikum.pdf>
 21. Панков В.А., Лахман О.Л., Кулешова М.В., Рукавишников В.С. Эмоциональное выгорание у медицинских работников в условиях работы в экстремальных ситуациях. Гигиена и санитария. 2020;99(10):1034-1041. <https://doi.org/10.47470/0016-9900-2020-99-10-1034-1041>
 22. Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина. В 2х-т. Т. 1. М.:ВЛАДОС, 2003. 312 с.
 23. Рыбников О. Н. Психофизиология профессиональной деятельности: учебник для студентов высших учебных заведений. М.: Академия, 2010. 320 с.

24. Рукавишников А. А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2001. 23 с.
25. Сидоров П.И. Новикова И.А Профилактика синдрома профессионального выгорания в медицинской среде // Медицинская газета. 2006. -N 15. 8–9с.
26. Сорокина Т.С. История медицины: Учебник / В 2 т. М.: 1992. Т.1. 214 с.
27. Фёдорова Т.Г., Нехорошев А.С., Котова Г.Н. Социологическое исследование особенностей трудовой деятельности врачей северо-западного региона // Гигиена и санитария. М.: Медицина, 2003. № 3. С.24–28.
28. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп/Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. 490 с.
29. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт: Издательство Академии Наук Венгрии, 1981. 286 с.
30. Чутко Л.С. Козина Н.В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. М.: МЕДпрессинформ, 2013. 256 с.
31. Freudenberger H. J. Staff burnout // Journal of social Issues, 1974. V. 30. P. 159-165.
32. Voice self-analysis. URL: <https://allsoft.ru/software/vendors/grupparazrabortchikov-professora-v-v-savchenko/voiceself-analysis>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник вигоряння Масlach МВІ

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

Твердження	Ніколи	Дуже рідко	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто	Кожен день
1. Я почуваюся емоційно спустошеним.							
2. До кінця робочого дня я почуваюся як вижитий лимон.							
3. Я почуваюся втомленим, коли встаю вранці і повинен (маю) йти на роботу.							
4. Я добре розумію, що відчувають мої пацієнти і використовую це для більш успішного лікування.							
5. Я спілкуюся з моїми пацієнтами (хворими) лише формально, без зайвих емоцій і прагну звести час спілкування з ними до мінімуму.							
6. Я почуваюся енергійним і емоційно піднятим.							

7. Я вмію знаходити правильне рішення у конфліктних ситуаціях із хворими та їхніми родичами.							
8. Я відчуваю пригніченість та апатію.							
9. Я можу позитивно впливати на самопочуття та настрій хворих (пацієнтів).							
10. Останнім часом я став більш черствим (байдужим) по відношенню до хворих.							
11. Як правило, люди, що оточують мене, занадто багато вимагають від мене. Вони швидше втомлюють, ніж тішать мене.							
12. У мене багато планів на майбутнє, я вірю в їхнє здійснення.							
13. Я відчуваю більше життєвих розчарувань.							
14. Я відчуваю байдужість і втрачу інтересу до багато чого, що тішило мене раніше.							

15. Буває, мені справді байдуже те, що відбувається з деякими моїми хворими.							
16. Мені хочеться усамотнитися і відпочити від усього та всіх.							
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості та оптимізму у відносинах з моїми колегами та у відносинах з моїми хворими.							
18. Я легко спілкуюся з хворими та їхніми родичами незалежно від їхнього соціального статусу та характеру.							
19. Я багато встигаю зробити за день.							
20. Я почуваюся на межі можливостей.							
21. Я ще багато зможу досягти у своєму житті.							
22. Хворі, як правило, – невдячні люди.							

ДОДАТОК Б

ДІАГНОСТИКА ОСОБИСТОСТІ НА МОТИВАЦІЮ ДО УСПІХУ Т. ЕЛЕРСА

1. Коли є вибір між двома варіантами, його краще зробити швидше, ніж відкласти на певний час.
2. Я легко дратуюся, коли помічаю, що не можу на всі 100% виконати завдання.
3. Коли я працюю, це виглядає так, ніби я все ставлю на карту.
4. Коли виникає проблемна ситуація, я найчастіше приймаю рішення одним з останніх.
5. Коли у мене два дні поспіль немає справи, я втрачаю спокій.
6. У деякі дні мої успіхи нижче середніх.
7. По відношенню до себе я більш строгий, ніж по відношенню до інших.
8. Я більш доброзичливий, ніж інші.
9. Коли я відмовляюся від важкого завдання, я потім суворо засуджую себе, бо знаю, що в ньому я домогся б успіху.
10. У процесі роботи я потребує невеликих пауз для відпочинку.
11. Старанність - це не основна моя риса.
12. Мої досягнення в праці не завжди однакові.
13. Мене більше приваблює інша робота, ніж та, якою я зайнятий.
14. Осуд стимулює мене сильніше, ніж похвала.
15. Я знаю, що мої колеги вважають мене діловою людиною.
16. Перешкоди роблять мої рішення більш твердими.
17. У мене легко викликати честолюбство.
18. Коли я працюю без натхнення, це зазвичай помітно.
19. При виконанні роботи я не розраховую на допомогу інших.
20. Іноді я відкладаю те, що повинен був зробити зараз.

21. Потрібно покладатися тільки на самого себе.
22. У житті мало речей, важливіших, ніж гроші.
23. Завжди, коли мені треба буде виконати важливе завдання, я ні про що інше не думаю.
24. Я менш честолюбний, ніж багато інших.
25. У кінці відпустки я зазвичай радію, що скоро вийду на роботу.
26. Коли я розташований до роботи, я роблю її краще і більш кваліфіковано, ніж інші.
27. Мені простіше і легше спілкуватися з людьми, які можуть наполегливо працювати.
28. Коли у мене немає справ, я відчуваю, що мені не по собі.
29. Мені доводиться виконувати відповідальну роботу частіше, ніж іншим.
30. Коли мені доводиться приймати рішення, я намагаюся робити це якомога краще.
31. Мої друзі іноді вважають мене ледачим.
32. Мої успіхи в якійсь мірі залежать від моїх колег.
33. Безглуздо протидіяти волі керівника.
34. Іноді не знаєш, яку роботу доведеться виконувати.
35. Коли щось не ладиться, я нетерплячий.
36. Я зазвичай звертаю мало уваги на свої досягнення.
37. Коли я працюю разом з іншими, моя робота дає великі результати, ніж роботи інших.
38. Багато чого, за що я беруся, я не доводжу до кінця.
39. Я заздрю людям, які не завантажені роботою.
40. Я не заздрю тим, хто прагне до влади і положенню.
41. Коли я впевнений, що стою на правильному шляху, для доведення своєї правоти я йду аж до крайніх заходів.

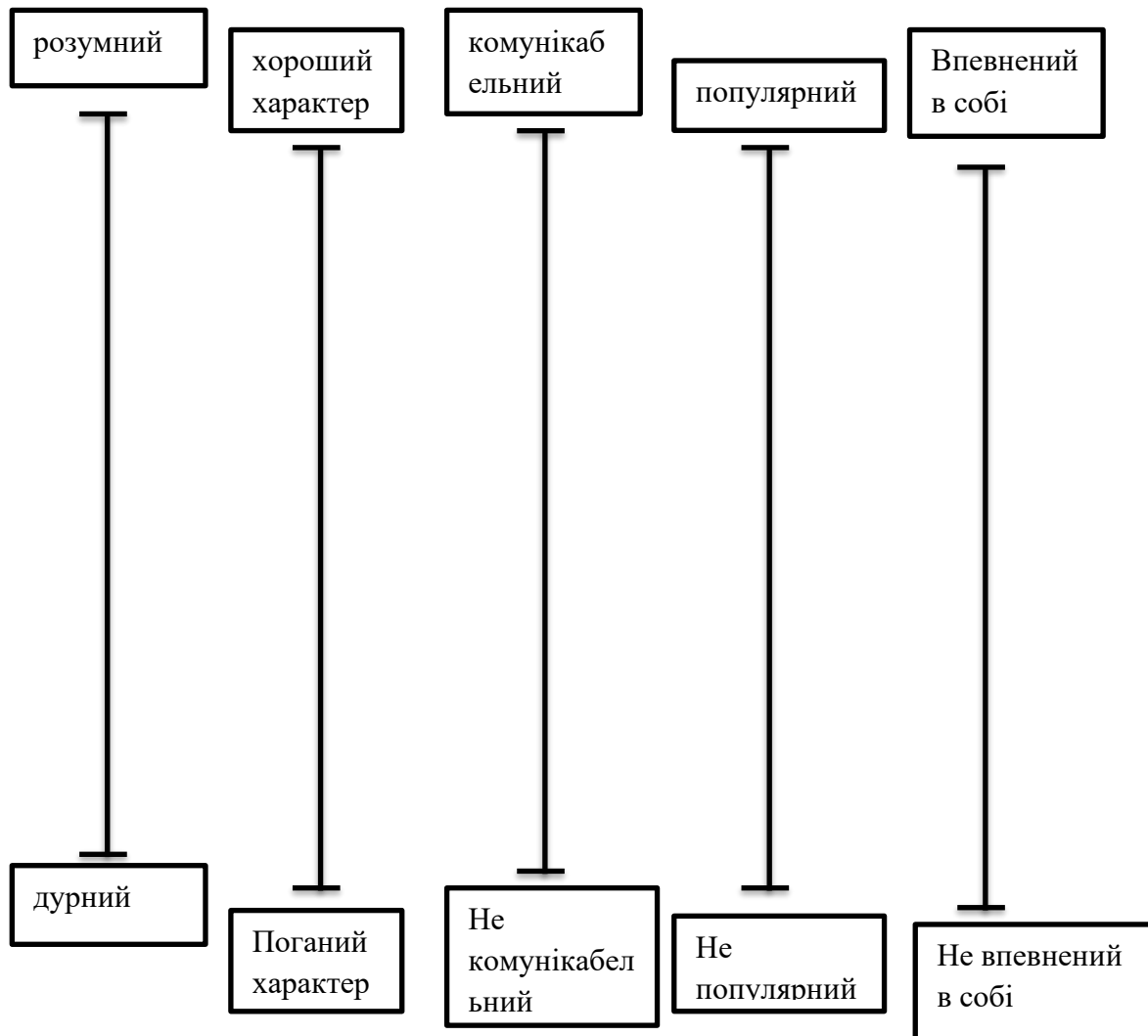
ДОДАТОК В

Методика самооцінки й рівня домагань Дембо-Рубінштейн

Інструкція. Будь-яка людина оцінює свої здібності, можливості, характер та ін. Рівень розвитку кожної якості, сторони людської особистості можна умовно зобразити вертикальною лінією, нижня точка якої символізуватиме найнижчий розвиток, а верхня — найвище. Вам пропонуються п'ять таких ліній. Вони позначають:

1. розум;
2. характер;
3. товарицькість;
4. популярність;
5. впевненість у собі.

На кожній лінії рисою (—) відзначте, як ви оцінюєте розвиток у себе цієї якості, сторони вашої особи в даний момент часу.



ДОДАТОК Г

Результати за методикою МВІ ДО та ПІД ЧАС військового стану

Шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Емоційне вигорання ДО	28	31	35	20	11	14	46	23	18	18
Емоційне вигорання_ПІД ЧАС	35	46	29	44	23	35	22	43	43	32
Деперсоналізація ДО	10	14	12	2	0	3	19	25	8	9
Деперсоналізація_ ПІД ЧАС	13	11	10	14	13	16	12	13	14	13
Редукція проф. досягнень ДО	31	37	31	40	35	47	17	30	44	32
Редукція проф. досягнень_ ПІД ЧАС	27	24	24	32	30	29	28	23	19	29

Шкали	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	СР/ п
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	
Емоційне вигорання ДО	3	3	3	2	2	1	1	4	2	1	1	3	2	26
Емоційне вигорання_ ПІД ЧАС	3	4	4	3	2	3	2	3	3	4	3	2	2	35
Деперсоналізація_ДО	5	1	1	8	4	0	3	1	2	8	9	1	2	10
Деперсоналізація_ ПІД ЧАС	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
Редукція проф. досягнень ДО	3	2	3	2	3	3	4	1	3	4	3	3	4	33
Редукція проф. досягнень_ ПІД ЧАС	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	27
	7	0	1	5	8	1	0	7	4	8	8	9	8	

ДОДАТОК Д

Результати за методикою Дембо_Рубінштейн ДО та ПІД ЧАС військового стану

ДО ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ		
№ респондента	Самооцінка	Рівень домагань
1	72	90
2	72	91
3	61	70
4	40	60
5	64	80
6	44	58
7	58	65
8	68	79
9	52	70
10	70	88
11	43	60
12	53	64
13	70	78
14	43	60
15	53	64
16	70	78
17	55	65
18	60	70
19	44	56
20	69	74
21	49	63
22	44	51
23	54	60
Середній показник	57	69

ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

№ респондента	Самооцінка	Рівень домагань
1	76	85
2	65	91
3	59	51
4	46	71
5	60	75
6	39	58
7	63	82
8	91	68
9	50	76
10	71	70
11	54	85
12	67	59
13	46	79
14	86	76
15	94	52
16	71	76
17	86	59
18	41	78
19	94	66
20	94	89
21	40	76
22	68	64
23	47	42
Середній показник	66	71

ДОДАТОК Е

Результати за методикою «Мотивація до успіху» Т. Елерса ДО та ПІД ЧАС військового стану

ДО ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ																									
№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Середній показник	
Шкала мотивації до успіху	19	14	23	26	21	15	14	14	18	23	13	21	14	19	15	20	20	16	14	14	14	17	17	18	18

ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ																								
№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Середній показник
Шкала мотивації до успіху	15	11	21	15	20	7	11	14	13	21	8	8	18	7	9	6	12	15	20	23	10	11	23	14

ДОДАТОК Є

Т-критерій Вілкоксона

Т – Вілкоксона шкала «Самооцінка»

N	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	72	76	4	4	5.5
2	72	65	-7	7	10.5
3	61	59	-2	2	3.5
4	40	46	6	6	9
5	64	60	-4	4	5.5
6	44	39	-5	5	7.5
7	58	63	5	5	7.5
8	68	91	23	23	16
9	52	50	-2	2	3.5
10	70	71	1	1	1.5
11	43	54	11	11	13
12	53	67	14	14	14
13	70	46	-24	24	17.5
14	43	86	43	43	22
15	53	94	41	41	21
16	70	71	1	1	1.5
17	55	86	31	31	20
18	60	41	-19	19	15
19	44	94	50	50	23
20	69	94	25	25	19
21	49	40	-9	9	12
22	44	68	24	24	17.5
23	54	47	-7	7	10.5
Сума рангів нетипових зрушень :					85.5

Результат: $T_{\text{Емп}} = 85.5$

n	$T_{\text{кр}}$	
	0.01	0.05
23	62	83

T – Вілкоксона шкала «Рівень домагань»

N	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	90	85	-5	5	4
2	91	91	0	0	0
3	70	51	-19	19	20
4	60	71	11	11	10.5
5	80	75	-5	5	4
6	58	58	0	0	0
7	65	82	17	17	17
8	79	68	-11	11	10.5
9	70	76	6	6	6.5
10	88	70	-18	18	18.5
11	60	85	25	25	21
12	64	59	-5	5	4
13	78	79	1	1	1
14	60	76	16	16	16
15	64	52	-12	12	12
16	78	76	-2	2	2
17	65	59	-6	6	6.5
18	70	78	8	8	8
19	56	66	10	10	9
20	74	89	15	15	15
21	63	76	13	13	13.5
22	51	64	13	13	13.5
23	60	42	-18	18	18.5
Сума рангів нетипових зрушень:					100

Результат: $T_{\text{Емп}} = 100$

n	$T_{\text{Кр}}$	
	0.01	0.05
23	49	67

T – Вілкоксона шкала «Емоційне виснаження»

N	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	28	35	7	7	5.5
2	31	46	15	15	12.5
3	35	29	-6	6	4
4	20	44	24	24	18.5
5	11	23	12	12	10
6	14	35	21	21	16
7	46	22	-24	24	18.5
8	23	43	20	20	15
9	18	43	25	25	20.5
10	18	32	14	14	11
11	38	38	0	0	0
12	36	44	8	8	7
13	37	44	7	7	5.5
14	28	37	9	9	8
15	11	26	15	15	12.5
16	14	39	25	25	20.5
17	46	24	-22	22	17
18	23	34	11	11	9
19	18	37	19	19	14
20	18	44	26	26	22
21	35	39	4	4	2.5
22	20	24	4	4	2.5
23	26	24	-2	2	1
Сума рангів нетипових зрушень:					40.5

Результат: $T_{Emp} = 40.5$

n	$T_{Кр}$	
	0.01	0.05
23	55	75

Т – Вілкоксона шкала «Деперсоналізація»

N	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	10	13	3	3	6.5
2	14	11	-3	3	6.5
3	12	10	-2	2	3.5
4	2	14	12	12	20
5	0	13	13	13	22.5
6	3	16	13	13	22.5
7	19	12	-7	7	13.5
8	25	13	-12	12	20
9	8	14	6	6	12
10	9	13	4	4	10
11	5	13	8	8	15
12	12	11	-1	1	1.5
13	16	15	-1	1	1.5
14	8	11	3	3	6.5
15	4	13	9	9	16.5
16	0	12	12	12	20
17	3	10	7	7	13.5
18	19	15	-4	4	10
19	25	14	-11	11	18
20	8	10	2	2	3.5
21	9	13	4	4	10
22	12	15	3	3	6.5
23	2	11	9	9	16.5
Сума рангів нетипових зрушень:					74.5

Результат: $T_{Emp} = 74.5$

n	$T_{Кр}$	
	0.01	0.05
23	62	83

T – Вілкоксона шкала «Редукція професійних обов'язків»

N	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	31	27	-4	4	5.5
2	37	24	-13	13	19
3	31	24	-7	7	11.5
4	40	32	-8	8	13.5
5	35	30	-5	5	7.5
6	47	29	-18	18	22
7	17	28	11	11	17
8	30	23	-7	7	11.5
9	44	19	-25	25	23
10	32	29	-3	3	3.5
11	32	27	-5	5	7.5
12	27	30	3	3	3.5
13	31	21	-10	10	15.5
14	23	25	2	2	1.5
15	36	28	-8	8	13.5
16	35	31	-4	4	5.5
17	47	30	-17	17	21
18	17	27	10	10	15.5
19	30	24	-6	6	9.5
20	44	28	-16	16	20
21	32	38	6	6	9.5
22	31	29	-2	2	1.5
23	40	28	-12	12	18
Сума рангів нетипових зрушень:					47

Результат: $T_{\text{Емп}} = 47$

n	$T_{\text{кр}}$	
	0.01	0.05
23	62	83

T – Вілкоксона шкала «Мотивація до успіху»

N	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	19	15	-4	4	7.5
2	14	11	-3	3	5.5
3	23	21	-2	2	3.5
4	26	15	-11	11	19
5	21	20	-1	1	1.5
6	15	7	-8	8	16.5
7	14	11	-3	3	5.5
8	14	14	0	0	0
9	18	13	-5	5	10
10	23	21	-2	2	3.5
11	13	8	-5	5	10
12	21	8	-13	13	21
13	14	18	4	4	7.5
14	19	7	-12	12	20
15	15	9	-6	6	13
16	20	6	-14	14	22
17	20	12	-8	8	16.5
18	16	15	-1	1	1.5
19	14	20	6	6	13
20	14	23	9	9	18
21	17	10	-7	7	15
22	17	11	-6	6	13
23	18	23	5	5	10
Сума рангів нетипових зрушень:					48.5

Результат: $T_{\text{Емп}} = 48.5$

n	$T_{\text{кр}}$	
	0.01	0.05
23	55	75