

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.

**ДИПЛОМНА РОБОТА
(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)**

ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ БАКАЛАВРА
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 053 «ПСИХОЛОГІЯ»

Тема: «ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ЛІКУЮТЬ ХВОРИХ НА COVID-19»

Виконавець: студентка групи ПС-501-Бз Нестерович Людмила Григорівна

Керівник: доктор психологічних наук, доцент, доцент кафедри авіаційної психології Лич О.М.

Нормоконтролер: завідувач лабораторії, викладач кафедри авіаційної психології Гордієнко К.О.

КИЇВ – 2022

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій

Кафедра авіаційної психології

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач випускової кафедри

_____ Любов ПОМИТКІНА

«__» _____ 2021 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання дипломної роботи

Нестерович Людмила Георгіївна

1. Тема дипломної роботи: «Особливості емоційного вигорання медичних працівників, які лікують хворих на COVID-19», затверджена наказом ректора № 2624/ст від 30.11.2021 р.

Термін виконання роботи: з 11.10.2021 по 14.02.2022.

2. Вихідні дані до роботи: вибірка – 30 фахівців (лікарів та медичних сестер): 16 жінок (52% від загального числа всіх респондентів) і 14 чоловік – (48% від загального числа всіх респондентів). Вік респондентів – від 25 до 65;
3. У дослідженні були використанні методики: методика діагностика професійного «вигорання» К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової, методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойко, методика визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі О. Баранова. Статистичний аналіз: непараметричний критерій Колмогорова-Смірнова, Т-критерій Стьюдента для незалежних вибірок.

4. Зміст пояснювальної записки: дипломна робота складається з 2-х розділів. Перший розділ містить теоретичний аналіз емоційного вигорання медичних працівників, які лікують хворих на COVID-19; у другому розділі представлено емпіричне дослідження емоційного вигорання медичних працівників, які лікують хворих на COVID-19.
5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного) матеріалу: 4 таблиці.

6. Календарний план – графік

№ з/пор.	Завдання	Термін виконання	Виконано
1.	Вибір теми та формулювання завдань	Листопад	
2.	Тематичний добір та аналіз наукових праць	Листопад	
3.	Оформлення теоретичної частини	Листопад	
4.	Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження	Грудень	
5.	Проведення емпіричного дослідження	Грудень	
6.	Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	Грудень	
7.	Оформлення дипломної роботи відповідно до ДСТУ	Січень	
8.	Попередній захист дипломної роботи	Згідно графіку	
9.	Виправлення зауважень, оформлення рецензії	Лютий	
10.	Подання дипломної роботи нормоконтролеру та на підпис завідувачу кафедри	За день до захисту	
11	Захист дипломної роботи	Згідно графіку	

7. Дата видачі завдання: «__» листопада 2021 р.

Керівник дипломної роботи _____ Оксана ЛИЧ
(підпис керівника)

Завдання прийняв до виконання _____ Людмила НЕСТЕРОВИЧ
(підпис випускника)

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи «Особливості емоційного вигорання медичних працівників, які лікують хворих на COVID-19»: 49 сторінок, 4 таблиці, 49 використаних джерела, 3 додатки.

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ, ФАЗИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ, РІВНІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ, ЛІКАРІ, МЕДИЧНІ СЕСТРИ, ХВОРІ, COVID-19, ПРОФЕСІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ.

Об’єкт дослідження: емоційне вигорання особистості.

Предмет дослідження: емоційне вигорання медичних працівників, які лікують хворих на COVID-19.

Мета дослідження: встановити особливості емоційного вигорання у фахівців, що працюють з пацієнтами хворими на COVID-19.

Методи дослідження: у дослідженні були використанні методики: методика діагностика професійного «вигорання» К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп’янової, методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойко, методика визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі О. Баранова. Статистичний аналіз: непараметричний критерій Колмогорова-Смірнова, Т-критерій Стьюдента для незалежних вибірок.

Практичне значення отриманих результатів. Отримані дані обґрунтовують доцільність і необхідність ранньої діагностики, профілактики і корекції синдрому емоційного вигорання у фахівців медичної царини.

ЗМІСТ

ВСТУП 6

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ 9

- 1.1. Із історії вивчення синдрому емоційного вигорання9
 - 1.2. Етіологія і механізми формування синдрому емоційного вигорання14
 - 1.3. Концепція синдрому емоційного вигорання у медичних працівників18
- Висновки до розділу24

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ЛІКУЮТЬ ХВОРИХ З COVID-1925

- 2.1. Організація і проведення дослідження. Підбір та аналіз психологічних методик25
- 2.2. Аналіз емпіричного дослідження проявів емоційного вигорання медичних працівників27
- 2.3. Аналіз емпіричного дослідження особливостей синдрому емоційного вигорання за допомогою методів математичної статистики32
- 2.4. Рекомендації щодо корекції і профілактики синдрому емоційного вигорання34

Висновки до розділу40

ВИСНОВКИ42

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ44

ДОДАТКИ50

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальність проблеми синдрому емоційного вигорання особливо загострилася у 2020 році, у зв'язку з розвитком пандемії COVID–19, яка стала істотною загрозою для громадської охорони здоров'я в усьому світі і справила значний вплив на психічне і фізичне здоров'я лікарів. В умовах високого рівня психологічних навантажень, накопичення негативних емоцій, страх бути інфікованим вірусною інфекцією, відчуття безпорадності вплинуло на медичний персонал усього світу, що в ряді випадків призводить до лікарських помилок і затримок у прийнятті тактично важливих рішень. ВООЗ, організатори охорони здоров'я всіх країн розробляють рекомендації щодо профілактики та корекції реву у лікарів та медичного персоналу, оцінюючи як одне з пріоритетних завдань.

Феномен вигорання є предметом вивчення зарубіжних і вітчизняних фахівців протягом останніх 50 років, що підтверджує актуальність і важливість цієї проблеми (В. Вид, І. Лозинська, В. Бойко, А. Винокур, К. Маслач).

Гуманізація суспільства сприяла в 70-х роках минулого століття концепції розвитку вигорання фахівців, яка згодом дістала широке визнання серед теоретиків і практиків як важлива соціально-психологічна проблема, що вимагає пильної уваги і вивчення.

Об'єкт дослідження: емоційне вигорання особистості.

Предмет дослідження: емоційне вигорання медичних працівників, які лікують хворих на COVID-19.

Мета дослідження: теоретично та емпірично дослідити синдром емоційного вигорання у фахівців, що працюють з пацієнтами хворими на COVID-19, розробити рекомендації для корекції даного синдрому.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми синдрому емоційного вигорання.
2. Провести теоретичний аналіз проблеми синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.
3. Емпірично дослідити прояви емоційного вигорання у медичних працівників.
4. Емпірично дослідити та встановити особливості емоційного вигорання у медичних працівників
5. Розробити рекомендації щодо засобів корекції і профілактики синдрому емоційного вигорання.

Для вирішення поставлених завдань використовувались такі методи дослідження: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація), емпіричні (психодіагностичні методики).

В нашому дослідженні ми використали наступні психодіагностичні методики:

1. Методика діагностика професійного «вигорання» К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової.
2. Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойко.
3. Методика визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі О. Баранова.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося на базі Національного військово-медичного клінічного центру "Головний військово-клінічний госпіталь" у рамках дослідження протягом 3 місяців. Всі обстежувані дали інформовану згоду на обробку даних.

В ході дослідження було обстежено 30 фахівців (лікарів та медичних сестер): 16 жінок (52% від загального числа всіх респондентів) і 14 чоловік – (48% від загального числа всіх респондентів). Вік респондентів – від 25 до 65 років, середній вік становив $39,39 \pm 9,7$ років. Робочий стаж обстежених – від 3

до 40 років, середній стаж роботи склав $11,49 \pm 8,071$ років. Вибірку було поділено на дві групи. В першу групи увійшли лікарі-терапевти та лікарі-інфекціоністи. Другу групу склали медичні сестри.

Теоретичне значення. В результаті проведеного дослідження були більш глибоко вивчені і доповнені теоретичні уявлення про поширеність, причини і механізми формування синдрому емоційного вигорання у фахівців медичної царини. Показано значення рівня нервово-психічної стійкості як одного з істотних факторів ризику синдрому емоційного вигорання. Продемонстровано, що у представників різних спеціальностей є специфіка проявів синдрому емоційного вигорання, що багато в чому обумовлено відмінностями в професійних компетенціях.

Практичне значення. Отримані дані обґрунтовують доцільність і необхідність ранньої діагностики, профілактики і корекції синдрому емоційного вигорання у фахівців медичної царини.

Структура дослідження складається з 44 сторінок, 4 таблиць, 49 використаних джерел, 3 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Із історії вивчення синдрому емоційного вигорання

Біля витоків вивчення синдрому емоційного вигорання знаходяться роботи знаменитого лікаря і дослідника Г. Сельє (Hans Selye) – «нариси про адаптаційний синдром» і «стрес без дистресу» [28; 29; 30], без яких на сьогоднішній день розвиток уявлень про цей феномен навряд чи було можливим. У виданих понад півстоліття тому роботах Г. Сельє описав теоретичні та нейрогуморальні основи виникнення стресу у людей. Пізніше його уявлення про стрес були розширені роботами Р. Лазаруса, Р. Розенмана і М. Фрідмана [11], в яких було показано, що «тривалий вплив стресу призводить до таких неприємних наслідків, як зниження загальної психічної стійкості організму, поява почуття незадоволеності результатами своєї діяльності, тенденція до відмови від виконання завдань у ситуаціях підвищених вимог, невдач і поразок» [19, с. 121].

На основі вчення Г. Сельє були виділені кілька стадій досліджуваного феномена, які послідовно розвиваються на тлі впливу стресових факторів:

1. стадія напруги – тривоги «stage alarm reaction»,
2. стадія резистенції «stage of resistance»,
3. стадія виснаження ресурсів «stage of exhasistion».

За Г. Сельє механізм впливу стресу на людину і тварин – це ланцюг послідовних реакцій, що залучають до патогенезу гіпоталамус, потім гіпофіз, а згодом і кору надниркових залоз, стимулюючи тим самим викид гормонів стресу: катехоламінів і глюкокортикостероїдів. Таким чином, для підтримки гомеостазу важливе регулююче значення набуває вісь: гіпоталамус-гіпофіз-кора надниркових залоз.

На його думку, «стрес відіграє важливу роль у підвищенні кров'яного тиску, у виникненні серцевих нападів, виразки шлунку, дванадцятипалої кишки («стресові виразки») і різних типів душевних розладів». «Кожне захворювання викликає якийсь ступінь стресу, оскільки пред'являє до організму вимоги до адаптації. У свою чергу стрес бере участь у розвитку кожного захворювання» [29; 30]. Однак психосоматичний аспект синдрому емоційного вигорання, що має в основі свого патологічного механізму стрес і дистрес, до цих пір вважається недостатньо вивченим.

З часів Г. Сельє погляди на саме поняття «стресу» зазнали суттєвих змін у зв'язку зі значною популяризацією цього терміна. Стресом називають не тільки «реакції організму на зовнішні впливи», але часом і побутові негаразди, сварки, і просто так звані «життєві труднощі» [17]. Незважаючи на таке повсюдне використання цього терміна, тривають фундаментальні наукові дослідження глибинних патологічних механізмів, що викликають психосоматичні та психологічні порушення в організмі і їх вплив на стан людини, його взаємодія з оточуючими і якість життя [7].

Історія вивчення синдрому емоційного вигорання, налічує більше чотирьох десятиліть. Прийнято вважати, що вперше прийнятий науковим співтовариством термін «burnout» – «згоряння», «вигорання» – запропонував Х. Фройденберг в 1974 році, охарактеризувавши даний розлад в роботі «Staffburn-out» [40]. Він вивчав явище, що спостерігається в разі виснаження енергії у професіоналів у сфері соціальної допомоги людям, і описав «професійне вигорання» медичних працівників на підставі декількох років спостережень за персоналом однієї з клінік, що займається лікуванням наркотичної залежності.

Х. Фройденберг досліджував поведінкові, мотиваційні, фізичні та емоційні симптоми синдрому емоційного вигорання. Запропонована термінологія застосовувалася «для характеристики психологічного стану здорових людей, які знаходяться в інтенсивному спілкуванні з пацієнтами в

емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги» [42, с. 2], тоді як раніше термін «burnout» застосовувався для позначення залежності від наркотичних речовин [39].

Паралельно з Х. Фрейденбергом в Каліфорнії соціальний психолог К. Маслач проводила дослідження копінг-стратегій, які використовують фахівці, що працюють у царині «людина-людина», зокрема розглядалися такі неефективні аспекти копінг-стратегій, як відсторонене ставлення до пацієнтів і деморалізація. На підставі обстеження осіб, які працюють у сфері соціальних професій (лікарів-психіатрів, терапевтів, медична сестер, співробітників притулків), виділено три компоненти синдрому емоційного вигорання, про які повідомила велика частина обстежуваних: перший компонент стосувався деякого збіднення емоцій – «емоційне виснаження». Другий відображав цинічне (дистанційоване, байдуже, черстве) ставлення до своїх пацієнтів. Третій стосувався зниження особистісних можливостей («редукцію персональних досягнень») – зниження професійної ефективності за рахунок емоційного дисбалансу. «Burnout» – це синдром емоційного виснаження, «деперсоналізації» і зниження особистісної результативності, який може виникати серед фахівців, що займаються різними видами «професій допомоги» [44].

Нині є цілий ряд вітчизняних і зарубіжних досліджень, присвячених вивченню провідних чинників емоційного вигорання серед представників соціономічних професій в цілому і медичних працівників зокрема (Н. Водопьянова, Е. Ганєєва, В. Бойко, Х. Маслач, М. Скугаревська, Т. Форманюк, Х. Фрейденберг). Важливість питання синдрому емоційного вигорання була досліджена і в області медицини. Вперше звернув увагу на цей феномен американський психіатр Х. Фрейденберг. Сучасні автори (І. Назаренко, О. Колоскова, М. Поліщук та Т. Воротняк) досліджували прояв синдрому емоційного вигорання у психіатрів та лікарів-педіатрів.

Кожен з дослідників вносив у поняття «burnout» своє суб'єктивне розуміння проблеми, що у підсумку призвело до відсутності однозначного розуміння феноменології і суті синдрому емоційного вигорання [45]. Наявні протиріччя і передумови визначили необхідність розробки єдиної наукової концепції, що відображає мультидисциплінарний підхід до оцінки та опису цього стану.

У 1990 році у Кракові (Польща) пройшла перша Європейська конференція (First European Conference Professional Burnout), присвячена різним аспектам професійного вигорання фахівців. За матеріалами цієї конференції в 1993 році був опублікований Збірник наукових статей «Professional Burnout: Recent Developments In Theory And Research» під редакцією відомих вчених (В. Шауфелі, К. Маслач, Т. Марек), який (неодноразово перевиданий) надалі послужив базисним конспектом основних уявлень про стан вигорання і став відправною точкою для подальших досліджень, що піднімають у своїх цілях вивчення даного питання. З моменту публікації цієї збірки синдром емоційного вигорання став предметом значної кількості наукових досліджень і тематичних монографій. У 1993 р. на конференції у Сан-Франциско консиліумом зарубіжних фахівців у сфері психічного здоров'я вперше була сформульована єдина концепція синдрому емоційного вигорання, незважаючи на те, що думки вчених однозначними не були [13].

Концепція містила у собі наступні положення:

1. Синдром емоційного вигорання має трикомпонентну структуру – «емоційне виснаження», «відгороджене (дистантне) ставлення до пацієнтів» і «редукцію персональних досягнень».

2. Синдром емоційного вигорання носить відносно незворотний характер.

3. Вигорання головним чином виникає у середовищі фахівців, що працюють з людьми.

На думку ряду авторів, є четверта ознака синдрому емоційного вигорання – нудьга [24]. Інша частина вчених нудьгу відносить до емоції або до настрою [1].

Внаслідок «професійного вигорання», на думку Т. Рогінської, виникає «знеособлення відносин між учасниками терапевтичного процесу, яке пригнічує прояв гуманних форм поведінки між людьми і створює загрозу для особистісного розвитку представників медичної професії» [24, с. 86]. П. Сидоров у своєму дослідженні зазначає, що «синдром емоційного вигорання – це реакція організму, що виникає внаслідок тривалого впливу професійних стресів середньої інтенсивності» [32, с. 129]. В. Лук'янов характеризує синдром емоційного вигорання емоційним виснаженням, знеціненням праці і зниженням ефективності професійної діяльності. Автор вказує на той факт, що саме розгорнута фаза «виснаження» (за методикою «діагностика рівня емоційного вигорання» [3] свідчить про сформованість синдрому емоційного вигорання, а превалювання показників двох інших фаз синдрому говорить про включення компенсаторних можливостей для адаптації до даного стану.

«Синдром емоційного вигорання» є найбільш поширеним, часто вживаним і МКБ-10 перегляду містить наступне визначення синдрому емоційного вигорання: «емоційне вигорання – це синдром, який визнається результатом хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий» (МКБ-10). Таке формулювання лягло в основу прийняття рішення про застосування терміну.

«Синдром емоційного вигорання – стан емоційного, розумового виснаження, фізичного стомлення, що виникають внаслідок хронічного стресу на роботі, при цьому його розвиток характерний в першу чергу для професій, де домінує надання допомоги людям (медичні працівники, вчителі, психологи, соціальні працівники, працівники правоохоронних органів, співробітники МНС – рятувальники, пожежні)» [2, с. 42]. Таким чином, в літературі «синдром емоційного вигорання являє собою закономірне поєднання

симптомів порушень психічної, соматичної та соціальної сфер життя» [32]. Сьогодні погляди вчених на синдром емоційного вигорання різняться і представлені двома концепціями в світовому співтоваристві. Одна з концепцій, запропонована К. Маслач, визнана у всьому світі.

Отже під поняттям синдрому емоційного вигорання ми розуміємо фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження. Цей синдром зазвичай розцінюється як стрес-реакція у відповідь на виробничі та емоційні вимоги, що походять від зайвої відданості людини своїй роботі. Водночас характерна супутня зневага до сімейного життя або відпочинку.

1.2. Етіологія і механізми формування синдрому емоційного вигорання

Узагальнюючи дані проведених досліджень, можна виділити основні фактори, що лежать в основі виникнення і формування синдрому емоційного вигорання в осіб, що працюють у системі «людина–людина», зокрема, у лікарів як фахівців найбільш схильних до ризику виникнення цього синдрому.

Несприятливий вплив на психіку тривалого перебування у контакті з хворими на COVID-19 [4; 5].

Недостатній професіоналізм лікаря. Часто в таку ситуацію потрапляють починаючі свою діяльність молоді фахівці. Випускники медичних ЗВО, відчують брак професійних знань з обраної спеціальності і, крім того не вміють протистояти емоційному перевантаженню, що виникає при взаємодії з пацієнтами, колективом і адміністрацією лікарні. Студентів-медиків, незважаючи на велику кількість інформації про те, як лікувати пацієнтів, не навчають знань про те, наскільки травматична може бути професійна діяльність на самого лікаря, не вчать розпізнаванню у себе симптомів вигорання і вмінню запобігати їм. Було визначено, що високі показники синдрому емоційного вигорання у фахівців в області психічного здоров'я

виявляються у перші роки роботи. На думку дослідників, така ситуація вимагає впровадження профілактичних заходів та ознайомлення з явищем синдрому емоційного вигорання ще в період навчання у вищому навчальному закладі [46].

Також, емоційне вигорання може бути у лікарів, які працюють з хворими на COVID-19, бо захворювання нове, не досліджене, складне і викликає панічні реакції, як у хворих, так і у самих медичних працівників

К. Маслач бачила проблему виключно в особливостях робочої ситуації, але не в особистості самого фахівця. Однак при більш детальному вивченні синдрому емоційного вигорання у медичних працівників стало очевидно, що особистість індивіда має вирішальну роль у формуванні цього синдрому: вигорання виникає у тих фахівців, особистість яких не відповідає висунутим вимогам, що є ключовим компонентом синдрому емоційного вигорання. Також було показано, що вибір медичної професії може бути обумовлений «почуттям тривоги і безсилля» [15], які виникають через хвилювання, пов'язані з важкими хворобами і смертю членів сім'ї, і ті лікарі, чий «професійний вибір мотивується прихованими психологічними проблемами, складають групу ризику для розвитку психічних розладів, пов'язаних з факторами, що виникають на робочих місцях» [35]. Тому зрозуміло, що у людей, що мають будь-якої невротичний внутрішній конфлікт, проблеми на роботі будуть лише сприяти його загостренню. Вирішення цієї ситуації можливе за умови гармонізації особистості в цілому [15].

Труднощі адаптації до професійної діяльності, що з'являються ще на стадії освоєння спеціальності і згодом при тривалому виконанні своїх робочих обов'язків без професійного та особистісного зростання, призводить до вигорання фахівця, що, в свою чергу, призводить до втрати «життєвого сенсу» і перешкоджає самореалізації особистості. Також слід згадати поняття «готовності до професійної діяльності». Цей термін позначає «інтегральний стан, що виявляється в оптимальному поєднанні морально-мотиваційного,

інтелектуального і психофізичного рівнів організації особистості відповідно до вимог тієї чи іншої діяльності [22].

В останні десятиліття також відзначається значний вплив індивідуальної афективної нестійкості особистості, або так званої нервово-психічної нестійкості у формуванні реакцій на стрес. Під афективною нестійкістю зазвичай розуміють схильність індивіда до зривів діяльності при психотравмуючих ситуаціях, що призводить до порушення аферентного синтезу, неузгодженості функції визначення результатів дій і, як наслідок, до спотворення оцінки ситуації і неадекватного професійного і соціальної поведінки [6].

Додатково на прояв ознак синдрому емоційного вигорання у лікарів впливають низький престиж професії лікаря і підвищені емоційні навантаження у медичних працівників [14; 15]. Відзначено, що фахівці, що працюють в стаціонарах, сильніше відчують вигорання в зв'язку з високим обсягом надання допомоги важким пацієнтам. Вивчалось також питання впливу на показники синдрому емоційного вигорання робочого навантаження. У дослідженнях останніх двох десятиліть наведені суперечливі результати, що стосуються працівників у сфері психічного здоров'я. В одних дослідженнях продемонстрована істотна роль стресу, викликана підвищеними робочими навантаженнями, у виникненні вигорання. Інші ж дослідники не змогли виявити достовірного зв'язку між обсягами робочого навантаження і вигоранням у осіб психіатричних спеціальностей, соціальних працівників.

Деякими дослідниками в якості додаткових факторів, що впливають на формування синдрому емоційного вигорання, виділяється вік. Так, в одному із зарубіжних мета-аналізів було виявлено негативний зв'язок між показниками за шкалою «емоційне виснаження» і віком – тобто, чим менше вік, тим більше вигорання. Разом з тим дані висновки пропонується розглядати з обережністю з огляду на те, що молоді співробітники менш підготовлені до стресу в робочій ситуації і ще не володіють навичками ефективної взаємодії з пацієнтами.

Разом з тим дослідники в своєму обговоренні відзначають, що всі демографічні характеристики, менш значущі, ніж такі показники, як задоволеність роботою [42].

Є дані результатів дослідження лікарів первинної ланки охорони здоров'я, в якому було виявлено гендерні відмінності у формуванні симптомів [10]. Більш високі показники за шкалою «емоційне виснаження» методики «опитувальник на вигорання» [12; 13; 14], були більш характерні для жінок у порівнянні з чоловіками. Один з останніх мета-аналізів також підтвердив, що існують особливості різних аспектів вигорання, пов'язані з підлогою в широкому діапазоні медичних професій: у жінок були виявлені більш високі показники за шкалою «емоційне виснаження», а у чоловіків більшою мірою відзначалися високі показники шкали «деперсоналізація» методики МВІ. Також виявлено, що лікарі, які перебувають у шлюбі і виховують дітей, мають менші показники вигорання, ніж їх, які не перебувають у шлюбі і бездітні колеги [32]. Разом з тим ці дані на сьогоднішній день представляються неоднозначними.

Відсутність ефекту від терапії при захворюванні на COVID-19 у пацієнтів викликає розчарування в лікувальному процесі у лікарів і провокує розвиток фактору «редукції персональних досягнень» синдрому емоційного вигорання. У наш час частина аспектів синдрому емоційного вигорання є досить вивченими, разом з тим, дослідники в своєму обговоренні відзначають, що всі демографічні характеристики менш значущі, ніж такі показники, як задоволеність роботою, особистісні риси характеру і високі навантаження на місцях. Маловивченими на даний момент залишаються проблеми стресостійкості, яка залежить від НПС і варіантів надання психологічної допомоги, а також питання саморегуляції, які є центральними при подоланні синдрому емоційного вигорання. У цьому ключі важливим представляється робота, спрямована на вивчення методів підвищення стресостійкості, НПС і

особистісних характеристик, що сприяють формуванню синдрому емоційного вигорання [6].

Отже, медичні працівники, як особи, що працюють в сфері взаємодії «людина-людина», надто схильні до переживання синдрому емоційного вигорання. На це впливає певна сукупність факторів, таких як: тривалий контакт із хворими та пацієнтами, нестача професіоналізму та досвіду, труднощі адаптації до даної сфери діяльності на ранніх етапах та внутрішні характеристики медичних працівників.

1.3. Концепція синдрому емоційного вигорання у медичних працівників

У психології існують різні концепції і моделі стресу в залежності від базових наукових уявлень. У теоретико-методологічному плані виділяються три основні концептуальні парадигми. У парадигмі відповідності в системі «особистість-середовище» (динамічний підхід) стрес трактується як наслідок невідповідності або протиріччя між вимогами навколишнього середовища і об'єктивними ресурсами людини. У процесуально-когнітивній парадигмі відповідь на стресовий вплив інтерпретується як процес розвитку індивідуально-особистісних форм адаптації до ускладнених умов діяльності, за рахунок використання копінг-стратегій. У парадигмі регуляції станів (регуляторний підхід) – стрес розуміється як «особливий клас станів, що виникають внаслідок зміни механізмів регуляції діяльності та поведінки» [25].

Незважаючи на наявність різних поглядів і підходів, концептуальних протиріч між ними немає, скоріше їх можна розглядати як різні аспекти єдиної динамічної, багатофакторної моделі. Синдром емоційного вигорання опосередкований в першу чергу розвитком психологічних реакцій в результаті перенапруги, що виникає при міжособистісній взаємодії в професійній діяльності.

Найбільше значення має феномен «емоційного резонансу» – переживання емоцій співчуття, співчуття, співпереживання, прояв емпатії, автентичності, конгруентності, що є невід’ємним і обов’язковим елементом у терапевтичних відносинах між лікарем і пацієнтом [39; 40; 41].

У науковій літературі можна виділити чотири групи основних теоретичних підходів до опису психологічних джерел (предикторів або ж факторів ризику) синдрому емоційного вигорання у фахівців даної сфери: це індивідуальні, міжособистісні, організаційні та соціальні підходи.

«Індивідуальні підходи звертають особливу увагу на роль і процеси всередині особистості, в той час як міжособистісні фокусуються на взаєминах з іншими особистостями в процесі роботи» [35, с. 4]. Організаційні підходи акцентують увагу на значущості вихідних принципів організації лікувального процесу, тоді як соціальні зосереджуються на більш широких соціальних і культурних факторах [41]. На думку В. Палченкова ці чотири напрямки в підходах до проблеми вигорання не є взаємовиключними. Слід також зазначити, що в індивідуальний рівень входить корекція синдрому емоційного вигорання, розглянута в ключі підтримки здорового способу життя [22].

У наукових дослідженнях для опису та оцінки різних аспектів синдрому емоційного вигорання використовуються різні експериментально-психологічні методики.

Разом з тим одним з найбільш популярних методів визначення наявності ознак синдрому емоційного вигорання у медичних працівників за кордоном є опитувальник «Staff Burnout Scale for Health Professionals» [43].

На додаток до психологічних моделей і концепцій існують велика кількість природничо-наукових досліджень, які розглядають стрес з позиції фізіології, нейрогуморальних наук. «Стрессова відповідь охоплює всі рівні регуляції гомеостазу. Різні зміни спостерігаються як на молекулярному рівні, так і на рівні ЦНС. При цьому беруть участь симпатична, парасимпатична нервові системи, баро- і хеморецептори» [31, с. 35].

У першому десятилітті ХХІ століття з розвитком сучасних технологій стало можливим вивчення патофізіологічних механізмів на молекулярному рівні, що з великою часткою ймовірності дозволяє підійти до питання боротьби з негативним впливом стресу не тільки з психологічної та психофармакологічної точки зору. Цей факт також клінічно зачіпає такі аспекти фізіології людини, як гормональне тло, спадкові фактори і гендерні особливості стресостійкості [17].

Незважаючи на отримані відкриття в області «фізіології стресу», багато аспектів ще недостатньо вивчені. У зв'язку з цим проблеми, що викликаються стресовим впливом, необхідно розглядати мультидисциплінарно: з психологічної, соціальної та клінічної точки зору. Зараз найбільш поширеною точкою зору є уявлення про те, що синдром емоційного вигорання відповідає третій стадії неспецифічного адаптаційного синдрому Г. Сельє – «виснаження», тобто в його крайньому прояві – дистрес [29].

Уявлення про синдром емоційного вигорання є з точки зору психіатрії збірним міждисциплінарним поняттям. З огляду на різноманітність психопатологічної симптоматики, що формує цей синдром, клінічні прояви можна віднести до різних діагностичних нозологічних форм.

Так, в МКБ-10 еквівалентом синдрому емоційного вигорання, є шифр Z 73.0 – «перевтома» і має на увазі «стан виснаження життєвих сил» (МКБ-10). Точніше порушення відповідають нозологічній категорії: «розлади пристосувальних реакцій у зв'язку зі стресовими подіями» – F43.2 (МКБ-10). Симптоматика розвивається внаслідок психосоціального стресу і включає в себе помірні афективні порушення (тривога, депресія, занепокоєння, напруженість, гнів) і вегетативні прояви. Спектр і вираження симптомів тут досить варіативний і включає «пригніченість настрою, настороженість або занепокоєння (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь» [32, с. 129].

Тут також може мати місце короткочасна або тривала депресивна реакція, порушення інших емоцій і поведінки з включенням деякої міри зниження здатності діяти в повсякденному житті. Схожа симптоматика спостерігається при синдромі вигорання: виявляються нудота, запаморочення, надмірна пітливість, тремтіння, підвищення артеріального тиску. Так, в поняття синдрому емоційного вигорання входять такі симптоми, як байдужість, недолік емоцій, песимізм, посилення ірраціонального занепокоєння, і з точки зору більшості дослідників в цьому випадку правомірніше виставляти діагноз F43.2 (МКБ-10). Існують концепції розвитку депресивних професійних психічних розладів, предиктором яких є робоча напруга [49].

З цієї причини частина фахівців відносить синдром емоційного вигорання до депресивних розладів, виділяючи при цьому «короткочасну депресивну реакцію, зумовлену розлад адаптації» (F43.20); «продовжану депресивну реакцію, зумовлену розлад адаптації» (F43.21); «змішану тривожну і депресивну реакцію, зумовлену розлад адаптації» (F43.22); «розлад адаптації, обумовлене порушеннями інших емоцій» (F43.23); «розлад адаптації з перевагою порушення поведінки» (F43.24); «змішаний розлад емоцій і поведінки, обумовлений розладом адаптації» (F 43.25) (МКБ-10).

Домінуючими симптомами в цьому випадку є: зниження настрою, зменшений або збільшений вага, безсоння, недостатній сон, поганий загальний стан здоров'я. Інші фахівці схильні розглядати синдром емоційного вигорання як прояви декомпенсації акцентуацій характеру. Згідно МКБ-10, діагностичний таксон Z 73.1 («акцентуовані особистісні риси») відображає, в тому числі поведінкову структуру типу А, що сприяє ризику розвитку коронарних порушень, яка «характеризується непомірною амбіцією, потребою у високих досягненнях, нетерпимістю, некомпетентністю і настирливістю» (МКБ-10). Не кожна особистість схильна до вигорання. Певно, що цьому процесу сприяють такі фактори, як особистісні особливості,

акцентуації характеру, розлади особистості, невротична ґрунт, підвищена тривожність, жіноча стать тощо.

У МКБ - 10 синдром емоційного вигорання введений в якості нозологічної одиниці як «емоційне вигорання»: «емоційне вигорання – це синдром, який визнається результатом хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий. Він характеризується трьома ознаками:

- відчуттям мотиваційного або фізичного виснаження;
- наростаючим психічним дистанціюванням від професійних обов'язків або почуттям негативізму або цинізму до професійних обов'язків;
- зниженням працездатності.

Емоційне вигорання стосується безпосередньо професійного контексту і не повинно застосовуватися до досвіду з інших сфер життя (МКБ-10). Деякі особистісні особливості (такі як тривожність, зайвий перфекціонізм, ригідність, збудливі риси характеру) можуть призводити до «невротизації» лікаря в умовах роботи і до подальшого формування синдрому емоційного вигорання. До особистісних детермінантів відносяться також такі характеристики, як виражена емотивність, низька здатність до адаптації в стресових ситуаціях, нестійка самооцінка, дефіцит самомотивації.

Разом з тим існують дослідження, що вивчають здатність до розвитку і формування особистісних ресурсів у професійній діяльності лікарів. Так, в дослідженні В. Матана обстежувані лікарі, що володіють достатньою кількістю ресурсів, були більшою мірою психологічно толерантні до професійних навантажень і схильні до подальшого «придбання ресурсів», що, безсумнівно, залежить від особистісних особливостей індивіда і впливає на стійкість до формування синдрому емоційного вигорання [18].

Здатність до емпатії виділяється в окремий фактор, відсутність якого сприяє виникненню синдрому емоційного вигорання. На думку К. Роджерса [26], емпатія є необхідною якістю або здатністю для встановлення довірчих терапевтичних відносин лікарів з пацієнтом. Відзначено, що емпатія

вважається одним з найбільш професійно важливих якостей медичних працівників: здатність до співпереживання і до довільної емоційної чуйності, вміння поставити себе на місце іншого створює основу для формування збалансованих міжособистісних відносин.

Розвинена емпатія в спілкуванні лікаря з пацієнтом являє собою загальну установку на розуміння не стільки формального боку сказаного, а скільки проникнення у внутрішній сенс стану пацієнта. Емпатія є значущим копінг-ресурсом, який надає стабілізуючу дію на рев: для лікарів з високим ступенем толерантності до вигорання характерний оптимальний рівень емпатії – виявляється «обернено-пропорційна зв'язок з симптомом «емоційно-моральна дезорієнтація» [7].

Отже, синдром емоційного вигорання – багатокomпонентний стан, що виявляється фізичним і психічним виснаженням, деперсоналізацією і редукацією професійних досягнень, викликане інтенсивним міжособистісним взаємодією при роботі з людьми, яка супроводжується емоційною насиченістю і когнітивної складністю. Згідно МКБ-10, емоційне вигорання стосується безпосередньо професійного контексту і не повинно застосовуватися до досвіду з інших сфер життя. Але при цьому, деякі особистісні особливості, як наприклад тривожність, зайвий перфекціонізм, ригідність, збудливі риси характеру, можуть призводити до певної «невротизації» лікаря в умовах роботи і до подальшого формування синдрому емоційного вигорання. До особистісних детермінантів також відносяться такі характеристики, як виражена емотивність, низька здатність до адаптації в стресових ситуаціях, нестійка самооцінка, дефіцит самомотивації.

Висновки до розділу 1

Під синдромом емоційного вигорання ми розуміємо багатокомпонентний стан, що виявляється фізичним і психічним виснаженням, деперсоналізацією і редукцією професійних досягнень, викликане інтенсивним міжособистісним взаємодією при роботі з людьми, яка супроводжується емоційною насиченістю і когнітивної складністю. Аналіз вивченої наукової літератури з теми дослідження показав, що виникнення синдрому емоційного вигорання обумовлено сукупністю різних факторів, роль яких залежить як від особистісних особливостей фахівця, так і від умов його роботи. Великі емоційні перевантаження характерні для професійної діяльності лікарів, особливо тих, хто працює з COVID-19. Так, збільшення обсягу роботи, зменшення тимчасових витрат на прийом пацієнтів, висока відповідальність за життя і здоров'я хворого, реформи охорони здоров'я сприяють формуванню дистресу у лікарів.

Трудова діяльність фахівців сфери охорони здоров'я пов'язана з додатковими психологічними навантаженнями, такими як, робота з важкими пацієнтами та їх рідними, емоційна включеність в стан і життя пацієнта, необхідність встановлення близького довірчого контакту. Разом з тим вони самі можуть відчувати напругу, негативні переживання, порушення психічного і фізіологічного функціонування, пов'язаного з професійною діяльністю. Професійні ризики лікарів і медичних працівників більшою мірою опосередковані необхідністю створення і підтримки якісного контакту, емоційного занурення у внутрішній світ, життя пацієнта, напругою, обумовленим емпатичною участю, конгруентної підтримкою пацієнтів, які мають особистісні, емоційні та поведінкові порушення. Ефективність терапевтичного впливу багато в чому визначається якістю взаємин лікаря і пацієнта, що залежать від безлічі факторів.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ЛІКУЮТЬ ХВОРИХ З COVID-19

2.1. Організація і проведення дослідження. Підбір та аналіз психологічних методик

Дослідження проводилося на базі Національного військово-медичного клінічного центру "Головний військово-клінічний госпіталь" у рамках дослідження протягом 3 місяців. Всі обстежувані дали інформовану згоду на обробку даних.

В ході дослідження було обстежено 30 фахівців (лікарі і медичні сестри): 16 жінок (52% від загального числа всіх респондентів) і 14 чоловіків – (48% від загального числа всіх респондентів). Вік респондентів – від 25 до 65 років, середній вік становив $39,39 \pm 9,7$ років. Робочий стаж обстежених – від 3 до 40 років, середній стаж роботи склав $11,49 \pm 8,071$ років. У дослідженні взяли участь 15 лікарів (терапевти та інфекціоністи) та 15 медсестер.

Далі були сформовані критерії включення і виключення обстежуваних фахівців з дослідження. Критерії включення до вибірки:

1. Чоловіки і жінки у віці від 25 до 65 років.
2. Основна спеціальність: лікарі (інфекціоністи та терапевти), медичні сестри.
3. Наявність інформованої згоди.

Критерії виключення з дослідження:

1. Відкликання інформованої згоди.
2. Відсутність можливості дотримуватися програми дослідження.

3. Розвиток або декомпенсація важких соматичних порушень або психічних захворювань.

Для розкриття проблеми дослідження нами були застосовані наступні психодіагностичні методики:

1) Методика діагностика професійного «вигорання» К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової. За допомогою цієї методики виявлявся рівень синдрому емоційного вигорання у лікарів і психологів. Опитувальник містить 22 твердження, що зачіпають почуття фахівців, пов'язані з комунікаціями в робочому процесі. Кожне з тверджень оцінюється за шестибальною шкалою від 0 – «ніколи» до 6 – «завжди». Опитувальник складається з трьох субшкал: «емоційне виснаження», «деперсоналізація» і «редукція персональних досягнень». Згідно з доданим «ключом» підраховується сума балів для кожного субфактора. Для оцінки ступеня вигорання вираховується інтегральний показник, який відображає суму всіх шкальних оцінок. Інтерпретація здійснюється як для кожного окремого показника, так і за інтегральним показником. Максимальна сума балів за субшкалами: «емоційне виснаження» – 54 бали, «деперсоналізація» – 30 балів, «редукція персональних досягнень» – 48 балів. Значення інтегрального показника вигорання: низький ступінь – 3-4 бали, середній ступінь – 5-6 балів, високий ступінь – 7-9 балів, вкрай високий ступінь – 10 балів і вище.

2) Методика «діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойко. Дана методика містить в собі 84 твердження, на які потрібно відповісти «так» або «ні». Ключ включає суму балів (від 0 до 30) по кожному симптому вигорання. Вираховується ступінь вираженості кожного симптому: 9 і менше балів – не сформований симптом, 10-15 балів – складається симптом, 16 і більше – сформований симптом. Якщо набрано 20 балів – це домінуючий симптом у фазі або у всьому синдромі. Для кожної з фаз вираховується кількісний показник: 36 балів – фаза не сформувалася, 37 - 60 – фаза в стадії формування, 61 і більше – сформувалася фаза. Сума балів по кожній з фаз є підсумковим

показником синдрому. Методика дозволяє діагностувати провідні симптоми синдрому емоційного вигорання, і визначити, в якій з фаз розвитку даного стану знаходиться фахівець [3].

3) Методика визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі О. Баранова. За допомогою цієї методики досліджувався показник НПУ медичних працівників і медичних психологів. Обробка результатів здійснюється відповідно до ключа з правильними відповідями «так» або «ні». Методика містить «шкалу щирості» (недостовірності).

2.2. Аналіз емпіричного дослідження проявів емоційного вигорання медичних працівників

У нашому дослідженні приймали участь медичні працівники у загальній кількості 30 осіб, які були поділені на дві групи. Так, до 1 групи 15 лікарів (терапевти та інфекціоністи), що складають 50% від загальної вибірки. До 2 групи увійшли медичні сестри у кількості 15 осіб – 50% від загальної вибірки.

За допомогою методики діагностика професійного «вигорання» К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової були отримані наступні результати (див. табл. 2.2.1.).

Таблиця 2.2.1.

Розподіл даних досліджуваних за рівнем професійного вигорання за методикою діагностика професійного «вигорання» К. Маслач, С.

Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової

	Рівень вираженості явища					
	Низький		Середній		Високий	
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2
Емоційне виснаження	15%	20%	65%	70%	20%	10%
Деперсоналізація	20%	25%	55%	60%	25%	15%
Редукція особистісних досягнень	20%	30%	60%	50%	20%	20%

За шкалою «Емоційне виснаження» результати респондентів першої групи (лікарі) розподілились наступним чином: низький рівень виявлено у 15% опитуваних, середній рівень виявлено у 65%, а високий – у 20% респондентів. Результати респондентів другої групи (медсестри): низький рівень – 20%, середній рівень – 70%, високий – 10%. Емоційне виснаження є ключовою складовою частиною емоційного вигорання. Для нього характерні зниження емоційного фону, посилення байдужості, негативізм, незадоволеність роботою, емоційне перенасичення.

За шкалою «Деперсоналізація» отримані наступні результати: у першої групи низький рівень виявлено у 20%, середній – у 55%, високий – у 25%. У другої групи результати наступні: низький рівень – 25%, середній – 60%, високий – 15%. Деперсоналізація виявляється у схильності негативно оцінювати свої професійні досягнення, недооцінюванні себе та власних успіхів, негативному ставленні до роботи та можливих перспектив, формальності контактів із колегами на роботі тощо

За шкалою «Редукція особистісних досягнень» результати першої групи наступні: низький рівень – 20%, середній – 60%, високий – 20%. Результати другої групи: низький рівень – 30%, середній – 50%, високий – 20%. У людей,

в яких переважає ця ознака, може спостерігатися зниження почуття компетентності у своїй роботі, невдоволення собою, зменшення цінності власної діяльності, виникнення почуття провини за власні негативні прояви або почуття, негативне сприйняття себе у професійній діяльності, зниження професійної та особистої самооцінки, поява почуття власної неспроможності, байдужості до роботи. Не виключене зниження рівня мотивації до роботи, що виявляється у зменшенні ентузіазму й ініціативності.

За допомогою методики «діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойко були отримані наступні результати (див. табл. 2.2.2.).

Таблиця 2.2.2.

Розподіл даних досліджуваних за рівнем емоційного вигорання за методикою «діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойко

	Рівень сформованості явища					
	Не сформоване		Формується		Сформоване	
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2
Фаза напруги	25%	15%	60%	55%	15%	30%
Фаза виснаження	10%	20%	50%	45%	40%	35%
Фаза резистенції	15%	15%	55%	50%	30%	35%

За шкалою «Фаза напруги» результати наступні: в першій групі фаза не сформована у 25% осіб, знаходиться на стадії формування у 60% і сформована у 15%. В другій групі фаза не сформована у 15% осіб, знаходиться на стадії формування у 55% і сформована у 30%. Дана фаза – провісник емоційного виснаження. На цій стадії запускаються адаптаційні механізми, формується синдром професійного вигорання. Підвищується тривога, працівник зациклюється на негативних почуттях, виникає відчуття безвиході.

За шкалою «Фаза виснаження» результати наступні: в першій групі фаза не сформована у 10% осіб, знаходиться на стадії формування у 50% і сформована у 40%. В другій групі фаза не сформована у 20% осіб, знаходиться

на стадії формування у 45% і сформована у 35%. Для виснаження характерні фізіологічні проблеми, наприклад такі хвороби, як виразка, порушення сну, зниження уваги та пам'яті, порушення дихання при навантаженнях, погіршення відчуттів, загальмованість, млявість тощо, а також психологічні проблеми, зокрема збайдужіння до всього, депресії, різкі дратівливість і гнів, безпричинні переживання, тривожність, страх та ін. Знижується енергетичний потенціал людини, формується астеничний синдром або неврастенія. Співробітник стає дратівливим, запальним. У нього виникають вегетативні порушення (задишка, пітливість, зниження апетиту, запаморочення). Емоції притупляються.

За шкалою «Фаза резистенції» результати наступні: в першій групі фаза не сформована у 15% осіб, знаходиться на стадії формування у 55% і сформована у 30%. В другій групі фаза не сформована у 15% осіб, знаходиться на стадії формування у 50% і сформована у 35%. Для людей, в яких переважає ця фаза, характерними є відсутність інтересу до професійної діяльності, суттєве зниження потреби у взаємодії та комунікації, поява стійких соматичних симптомів, таких як головний біль, особливо ввечері, дратівливість, почуття занепокоєння, знесилення, суттєве зниження енергії, часті застуди тощо. Навіть добре виспавшись і відпочивши у вихідні дні, людина може відчувати виснаження.

За допомогою методики визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі О. Баранова були отримані наступні результати (див. табл. 2.2.3.).

Таблиця 2.2.3.

Розподіл даних досліджуваних за рівнем нервово-психічної стійкості за методикою визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі О. Баранова

	Рівень вираженості явища					
	Низький		Середній		Високий	
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2
Рівень нервово-психічної стійкості	10%	15%	70%	65%	20%	20%

За результатами даної методики у першій групі респондентів низький рівень нервово-психічної стійкості спостерігається у 10% опитуваних, середній – у 70%, високий – у 20%. У другій групі респондентів низький рівень нервово-психічної стійкості спостерігається у 15% опитуваних, середній – у 65%, високий – у 20%. У людей з високими результатами висока ймовірність нервово-психічних зривів. Необхідно додаткове медобстеження психіатра, невропатолога. У осіб з середніми результатами нервово-психічні зриви вірогідні, особливо в екстремальних умовах. Необхідно враховувати цей факт при винесенні висновку про придатність. У респондентів з низькими балами нервово-психічні зриви мало ймовірні. При наявності інших позитивних даних можна рекомендувати на спеціальності, що вимагають підвищеної НПУ.

2.3. Аналіз емпіричного дослідження особливостей синдрому емоційного вигорання за допомогою методів математичної статистики

Для виявлення особливостей синдрому емоційного вигорання медичних працівників, нами були застосовані наступні методи математичної статистики програми SPSS:

- Непараметричний критерій Колмогорова-Смірнова;
- Т-критерій Стьюдента для незалежних вибірок.

За допомогою критерію Колмогорова-Смірнова було виявлено, що всі шкали обраних психодіагностичних методик відповідають нормальному розподілу, тому правомірним вважаємо використання Т-критерію Стьюдента для незалежних вибірок. В результаті порівняння двох груп ми отримали наступні результати (див. табл. 2.3.1.).

Таблиця 2.3.1.

Результати порівняння груп за показниками емоційного вигорання за допомогою Т-критерію Стьюдента

Шкали	Середні показники		Значимість
	Група 1	Група 2	
Емоційне виснаження	15,9465	14,32211	0,078
Деперсоналізація	7,6667	6,5224	0,313
Редукція особистісних досягнень	24,1515	25,4576	0,428
Фаза напруги	13,8145	14,9933	0,251
Фаза виснаження	12,1010	11,525	0,064
Фаза резистенції	12,725	12,25	0,055
Рівень нервово-психічної стійкості	23,31113	24,1515	0,0954

В результаті порівняння груп респондентів за обраними показниками, ми маємо змогу бачити, що між групою лікарів та медсестер немає статистично-значимих відмінностей, оскільки показник значимості $>0,05$ у всіх параметрів. Ми можемо інтерпретувати отриманий результат наступним чином. Медсестри та лікарі працюють в однакових умовах боротьби з вірусом COVID-19 в інфекційних відділеннях лікарень. В умовах пандемії, їх праця надзвичайно ускладнилась щоденно зростаючою кількістю захворюваних, новими штамами даного вірусу та малою обізнаністю населення та нехтування ним профілактичних заходів. Завдання лікарів-терапевтів та інфекціоністів – це боротьба за життя пацієнтів, боротьба проти коронавірусної інфекції, але роль медсестер в даній боротьбі не менш важлива. Вони так само постійно знаходяться у контакті з хворими, котрих щодня стає все більше і більше, безпосередньо здійснюють масові щеплення населення, тому працювати в таких умовах стає надзвичайно важко. Подібні умови праці стають плідним середовищем для формування синдрому емоційного вигорання навіть у найдосвідченіших фахівців даної сфери діяльності. І даний феномен стосується і лікарів, і медсестер майже однаково, оскільки вони працюють разом, слугуючи ланками в ланцюгу системи охорони здоров'я населення в такий важкий для всього світу час.

Зазначимо, що в даному дослідженні присутні три показники, значимість яких максимально наближена до такої, за якою ми могли б стверджувати про відмінність респондентів за цими ознаками. І хоча їх значимість знаходиться за межами даного розподілу, ми більш детально з ними ознайомимся.

За фазою виснаження показник значимості становить $0,064$ (більше $0,05$), показники групи лікарів вище, ніж у медсестер ($12,1010 > 11,525$). На нашу думку цьому феномену є певне пояснення: внаслідок постійної праці з пацієнтами, кількість яких щоденно зростає, психічні та емоційні ресурси медичних працівників поступово виснажуються. Індивідуальний анамнез

пацієнтів, різна симптоматика, ступінь тяжкості перебігу захворювань певним чином впливають на зниження емоційного тону лікарів, їх опір даним явищам виявляється неефективним. Від їх праці залежить життя та здоров'я пацієнтів, а така відповідальність з постійно збільшуваним потоком захворювань неминує приводить до емоційного виснаження.

За фазою резистенції показник значимості становить 0,055 (більше 0,05), показники групи лікарів вище, ніж у медсестер ($12,725 > 12,25$). Дана фаза характеризується у певному вираженому опорі людини від негативних зовнішніх чинників. У лікарів це може виявлятися в певному відгородженні себе від пацієнтів, від емоційного контакту з ними, від соціально-значимих явищ (нові хвилі пандемії, ріг захворюваності, нові вірусні штами і т.д.). Це, в свою чергу, призводить до емоційного виснаження та професійного вигорання.

За компонентом «емоційне виснаження» показник значимості становить 0,078 (більше 0,05), показники групи лікарів вище, ніж у медсестер ($15,9465 > 14,32211$). Даний показник відображає те, що і фаза виснаження, тобто втрачання емоційного та психічного ресурсу особистості внаслідок певних зовнішніх факторів.

2.4. Рекомендації щодо корекції і профілактики синдрому емоційного вигорання

Профілактичні та лікувальні заходи при синдромі емоційного вигорання медичних працівників при роботі з хворими на COVID-19 багато в чому схожі: те, що захищає від розвитку цього синдрому, може бути використано і при терапії вже розвиненого емоційного вигорання. У терапії та профілактиці синдрому емоційного вигорання можна використовувати різні підходи: особистісно-орієнтовані методики, спрямовані на поліпшення здібностей особистості протистояти стресу через зміну своєї поведінки, відносини;

заходи, спрямовані на зміну робочого оточення (попередження несприятливих обставин).

В першу чергу необхідно забезпечити усвідомлення пацієнтом проблеми і прийняття адекватної відповідальності на себе за свою роботу, свій професійний результат, за свої рішення, дії, зміна поведінки. Необхідна активна участь пацієнта у процесі терапії і співпраця з психологом.

Медичним працівникам необхідно надати повну інформацію про синдром емоційного вигорання: основні клінічні прояви, закономірності перебігу, сприятливі фактори; про стресовому процесі і його стадіях відповідно до вчення Г. Сельє про загальний адаптаційний синдром (1 – реакції тривоги, 2 – стадія резистентності, 3-стадія виснаження); про фізичні симптоми, що спостерігаються при цьому, і про заходи з управління стресом.

На початкових стадіях синдрому необхідно забезпечення хорошого, повноцінного відпочинку з повною ізоляцією від роботи. Необхідна допомога психотерапевта, психолога. Пацієнтам можна дати наступні рекомендації щодо заходів, що перешкоджають розвитку синдрому емоційного вигорання і підвищує стресостійкість організму:

1. Регулярний відпочинок, баланс «робота – дозвілля». «Вигорання» посилюється кожного разу, коли межі між роботою і буденністю починають стиратися і робота займає більшу частину життя. Необхідно мати вільні вечори і вихідні (не брати роботу додому).

2. Регулярні фізичні вправи (як мінімум 3 рази на тиждень по 30 хв). Пацієнту необхідно пояснити необхідність фізичних вправ як шляхи виходу енергії, що накопичується в результаті стресу. Потрібно шукати такі види активності, які будуть подобатися пацієнту (прогулянки, біг, танці, велосипед, робота в саду, на дачній ділянці тощо), інакше вони будуть сприйматися як рутинні.

3. Повноцінний сон як найважливіший фактор, редукуючий стрес. У пацієнтів треба з'ясувати, скільки вони зазвичай сплять і скільки їм потрібно,

щоб прокидатися відпочили (від 5 до 10 годин, в середньому – 7-8 годин). Якщо спостерігається недостатня тривалість сну, можна порекомендувати лягати на 30-60 хв раніше і контролювати результат через кілька днів. Сон вважається достатнім, коли люди прокидаються відпочилими, відчувають себе енергійними вдень і легко прокидаються вранці, коли дзвонить будильник.

4. Необхідно створення, підтримання «здорового робочого оточення», коли здійснюється планування черговості, терміновості виконання справ, управління своїм часом, організація своєї роботи: часті короткі перерви в роботі (наприклад, по 5 хв щогодини), які більш ефективні, ніж рідкісні і тривалі. На роботу краще приготувати легкий сніданок, ніж голодувати весь день і переїдати вечорами. Невеликі фізичні вправи корисні для користувачів комп'ютерів. Кілька глибоких вдихів з повільним видихом можуть протидіяти негайній стресовій реакції або панічної атаки. Бажано скоротити споживання кофеїну (кава, чай, шоколад, кола), так як кофеїн є стимулятором, що сприяє розвитку стресової реакції. Приблизно через три тижні після поступового скорочення споживання кофеїну більшість пацієнтів відзначають зниження тривоги і занепокоєння, печії і м'язової болі.

5. Роз'яснення необхідності делегувати відповідальність (розділяти відповідальність за результат діяльності з клієнтами, учнями, пацієнтами). Вироблення вміння говорити «ні». Ті люди, які дотримуються позиції «щоб щось було зроблено добре, треба робити це самому», безпосередньо йдуть до «вигорання».

6. Наявність Хобі (спорт, культура, природа). Пацієнту потрібно роз'яснити необхідність наявності інтересів поза роботою, що дозволяють зняти напругу, що виникає на роботі. Бажано, щоб хобі давало можливість розслабитися, відпочити (наприклад, живопис, а не автоперегони).

7. Активна професійна позиція, прийняття відповідальності на себе за свою роботу, свій професійний результат, за свої рішення, дії, зміна поведінки. Дії щодо зміни стресогенної ситуації.

У роботі з пацієнтами при індивідуальній або груповій терапії можна дотримуватися наступних напрямків:

1. Тренінг комунікативних навичок. Навчання навичкам ефективного міжособистісного спілкування. Виявлення і розширення значущих для пацієнта міжособистісних зв'язків (сім'я, друзі, колеги).

2. Позитивний погляд на речі. Пацієнту потрібно допомогти усвідомити, що існує багато варіантів інтерпретації певної ситуації. Відповідь на питання «Стакан наполовину порожній або наполовину повний?» залежить від погляду на речі: у оптимістів стакан повний, хоч і наполовину, у песимістів – порожній. Спільно з пацієнтом можна переглянути стресогенну ситуацію і знайти позитивні моменти. Це не змінить ситуації, але дозволить по-іншому дивитися на речі (раціонально-емотивна терапія).

3. Фрустраційна профілактика (зменшення помилкових очікувань). Якщо очікування реалістичні, ситуація більш передбачувана і краще керована. Свідомий вибір професії, знання про труднощі, пов'язані з нею, реальна оцінка своїх власних можливостей може допомогти уникнути «вигорання» або істотно призупинити його розвиток.

4. Тренінг впевненості в собі. Люди, схильні до синдрому емоційного вигорання часто мають занижену самооцінку, боязкі, тривожні, невпевнені в собі. Можна використовувати методику «чарівний магазин». Пацієнту пропонується уявити, що він знаходиться в чарівному магазині, в якому може придбати будь-яку відсутню йому особистісну рису: приміряти її на себе, взяти її собі.

5. Навчання технікам релаксації (розслаблення). Можливе використання наступних технік:

– прогресивна м'язова релаксація (метод Джекобсона). Вправи легко освоюються в групах або самотійно. Основною метою методу є досягнення довільного розслаблення поперечно-смугастих м'язів в спокої. Сеанси займають до 30 хв;

– трансцендентальна медитація. Під медитацією розуміють штучно створену ситуацію, в якій людина спеціально зайнятий самовдосконаленням своїх розумових процесів або якихось психічних особливостей, розмірковуючи над ним же створеними штучними обставинами;

– аутогенне тренування (метод Шульца) – самонавіювання в стані релаксації або гіпнотичного трансу;

– довільне самонавіювання (метод Куе) дозволяє придушити хворобливі, шкідливі за своїми наслідками уявлення і замінити їх корисними і благотворними. Може використовуватися для редукції стресу перед важливими зустрічами.

Проведення дебрифінгу (обговорення) після критичної події. Обговорення передбачає можливість висловити свої думки, почуття, асоціації, викликані яким-небудь серйозним подією. Цей метод широко використовується за кордоном в правоохоронних органах. Через обговорення після травматичних впливів (погоні, стрільби, смерті) професіонали позбавляються від зтяжненого почуття провини, неадекватних і неефективних реакцій і можуть продовжити роботу (наприклад, чергування).

Релігійність також розглядається низкою дослідників як профілактичний фактор, що перешкоджає розвитку синдрому емоційного вигорання. Релігійність асоціюється з довгим життям і негативно пов'язана з наркоманією, алкоголізмом, суїцидальними думками, рівнем депресії, розлученнями.

Проведення спеціальних програм серед груп ризику (наприклад, Балинговських груп для лікарів). Балинговські групи вперше були організовані у Лондоні в середині 50 - х рр. 20 ст. Міхаелем Балингом як тренінгові семінари для лікарів загальної практики. На відміну від традиційного клінічного розбору або консилиуму акцент в роботі балинговської групи робиться не на клінічному аналізі ведення даного пацієнта, а на різних особливостях взаємин лікаря з пацієнтом, на реакціях,

труднощах, невдачах, які лікарі самі виносять на обговорення (аналогічною може бути група вчителів, медичних сестер та тощо).

Отже, для профілактики синдрому емоційного вигорання, медичним працівникам варто приділяти більше уваги поза професійній діяльності, таким як хобі, активні заняття спортом та активний відпочинок. Варто не перенавантажувати себе професійними обов'язками, вміло їх розподіляти, але при цьому бути повністю відповідальним професіоналом.

Висновки до розділу II

В ході проведеного емпіричного дослідження особливостей емоційного вигорання медичних працівників, ми встановили наступне:

Результати обох груп респондентів за методикою діагностики професійного «вигорання» К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Водоп'янової майже схожі і не мають значимих відмінностей. Так, за показником емоційної виснаженості, більшість результатів опитуваних першої і другої груп становлять середній рівень вираженості (65% і 70% опитуваних відповідно). Так само і за показником деперсоналізації, середній рівень вираженості мають більша половина опитуваних обох груп – 55% і 60% відповідно. Редукція особистісних досягнень у більшості медичних працівників виражена на середньому рівні – 60% у лікарів й 50% у медсестер.

За методикою «діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойко всі фази синдрому емоційного вигорання знаходяться на стадії формування у переважній більшості опитуваних обох груп (фаза напруги – 60% і 55%, фаза виснаження – 50% і 45%, фаза резистенції – 55% і 50% респондентів). Також відзначимо наявність високих показників за шкалою «фаза резистенції» (30% і 35%) та «фаза виснаження» (40% і 35%).

Рівень нервово-психічної стійкості виражений на середньому рівні у 70% лікарів та 65% медсестер. Низький рівень виразності наявний у 10% лікарів та 15% медсестер, а високий характерний для 20% респондентів обох груп.

За результатами математико-статистичної обробки даних, лікарі та медсестри не відрізняються у показниках синдрому емоційного вигорання, статистично-значимих відмінностей не виявлено. Лише у трьох шкал показник значимості максимально наближений до 0,05, але не є достатнім, щоб стверджувати про відмінність груп за цими ознаками. Це шкали «фаза виснаження» (0,064), «фаза резистенції» (0,055) та компонент «емоційне виснаження» (0,078). На нашу думку, це обумовлено спільною діяльністю з

охорони здоров'я населення в умовах пандемії. Медсестри та лікарі, хоч і мають різні професійні обов'язки, але являються невід'ємною частиною системи охорони здоров'я, які доповнюють діяльність одне одного.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження особливостей емоційного вигорання медичних працівників, котрі лікують хворих на COVID-19, ми дійшли наступних висновків:

1. Синдром емоційного вигорання — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі та втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності (у багатьох випадках) та суїцидальної поведінки. Цей синдром звичайно розцінюється як стрес-реакція у відповідь на безжалісні виробничі та емоційні вимоги, що відбуваються через надмірну відданість людини своїй роботі з супутньою цьому зневагою до сімейного життя або відпочинку.

2. Медичні працівники, як особи, що працюють в сфері взаємодії «людина-людина», надто схильні до переживання синдрому емоційного вигорання. Робота з людьми похилого віку, хронічно і смертельно хворими, які потребують постійного інтенсивного догляду, та новонародженими також пов'язана з підвищеним ризиком вигорання. Зважаючи на значне навантаження, особливо за кількістю пацієнтів, з якими працюють медсестри і лікарі, виявлено, що синдром емоційного вигорання проявляється неадекватним реагуванням на пацієнтів і колег, втратою здатності до співпереживання пацієнтам, переважною, яка призводить до редукції професійних обов'язків та негативного впливу роботи на особисте життя. Відчуття емпатії, тобто співчуття, співпереживання для медичних працівників, без перебільшення, є необхідною професійною якістю. Проте якщо проблеми пацієнтів сприймати як особисті, а також відчувати тиск власних проблем, яких у сучасному житті є безліч, то це виливається у надмірну втомлюваність та невдовзі проявляється у специфічному стані. Цей стан фізичного та

емоційного виснаження внаслідок перевантаження та впливу стресів як у професійному, так і у повсякденному середовищі є синдромом вигорання. Останній виражається у підвищеній та хронічній втомлюваності, апатії, деструктивному реагуванні на стреси тощо. Головною причиною синдрому вигорання вважають психологічну, душевну перевтому.

3. За результатами психодіагностичних методик нашого дослідження ми визначили, що всі показники емоційного вигорання як лікарів, так і медсестер, в переважній більшості знаходяться на середньому рівні вираженості. Так, за методикою «діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойко, більшість показників респондентів знаходяться на стадії «формування фази» і розподілилися наступним чином: фаза напруги – 60% і 55%, фаза виснаження – 50% і 45%, фаза резистенції – 55% і 50% респондентів. Рівень нервово-психічної стійкості виражений на середньому рівні у 70% лікарів та 65% медсестер. Більшість результатів респондентів за трьома показниками методики також виражені на середньому рівні і мають наступний між груповий розподіл: емоційна виснаженість (65% і 70%), деперсоналізація (55% і 60%), редукція особистісних досягнень (60% у лікарів й 50% у медсестер).

4. Результати математичної обробки даних показали, що лікарі та медсестри не відрізняються у показниках синдрому емоційного вигорання, статистично-значимих відмінностей не виявлено. На нашу думку, це обумовлено спільною діяльністю з охорони здоров'я населення в умовах пандемії. Медсестри та лікарі, хоч і мають різні професійні обов'язки, але являються невід'ємною частиною системи охорони здоров'я, які доповнюють діяльність одне одного.

5. Нми були розроблені практичні рекомендації щодо профілактики та корекції синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аригунова, Е.В. Потенциал феномена скуки / Е.В. Аригунова // Вестник Томского государственного университета. – 2013. – № 386. – С. 34–36.
2. Бабанов, С.А. Профессиональные факторы и стресс: синдром эмоционального выгорания / С.А. Бабанов // Трудный пациент. – 2009. – Т. 7, № 12. – С. 42–46.
3. Бойко, В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.
4. Бочаров, В.В. Особенности личного и семейного функционирования родственников наркозависимых / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова. – СПб.: Нестор-История, 2016. – 335 с.
5. Бочаров, В.В. Перспективы исследования эмоционального выгорания родственников пациентов, страдающих алкоголизмом или опиоидной зависимостью / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, Ю.С. Черная // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2017. – № 4. – С 27–34.
6. Боченков, А.А. Методологические аспекты феномена нервно-психической устойчивости. Обзор литературы / А.А. Боченков, С.А. Чвякина, Ф.А. Кабисова, А.Н. Богаевский // Военно-медицинский журнал. – 2006. – Т. 327, № 11. – С. 46–49.
7. Вассерман, Л.И. Психосоциальные факторы как предикторы нарушений психической адаптации у лиц, занятых стрессогенной профессиональной деятельностью / Л.И. Вассерман, В.К. Шамрей, А.А. Марченко, М.Ю. Новожилова // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 29. – С. 47-52. 181

8. Вахренева, О.А. Клинические, социально-психологические характеристики больных неврастениями и их индивидуальная интегративная психотерапия: дис. ... канд. мед.наук: 14.01.06, 19.00.04 / Вахренева Олеся Александровна; [Место защиты: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2014. – 244 с.
9. Вахренева, О.А. Особенности структуры личности больных с неврастениями и невротоподобными резидуально-органическими расстройствами / О.А. Вахренева, Е.А. Колотильщикова // Вестник психотерапии. – 2014. – № 50. – С. 30–46.
10. Величковская, С.Б. Дифференциация негативных последствий стресса и развитие синдрома выгорания в деятельности педагогов / С.Б. Величковская // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: Курский государственный университет, 2008. – С. 138–153.
11. Вишняков, А.И. Гендерные особенности эмоционального сгорания у представителей помогающих профессий / А.И. Вишняков, Т.А. Ульчева // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2005. – № 12. – С. 146–150.
12. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – 2-е изд. / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.
13. Жариков, Н.М. Психиатрия. Учебник / Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин – М.: Медицина, 2002. – 544 с.
14. Купрякова, Ю.А. «Синдром эмоционального выгорания» врачей как индикатор состояния Российского здравоохранения / Ю.А. Купрякова // Социальная политика и социология. – 2011. – № 3. – С. 90–94.

15. Ларенцова, Л.И. Профессиональный стресс врачей-стоматологов и методы его коррекции: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.21 / Ларенцова Лиана Ивановна; [Место защиты: МГМСУ]. – М., 2002. – 40с.
16. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – М.: Феникс, 2000. – 544 с.
17. Любченко, П.Н. Стресс на рабочем месте: учебное пособие / П.Н. Любченко, Б.В. Агафонов – М.: Моники, 2011. – 22 с.
18. Матан, В.В. Взаимосвязь личностных ресурсов и типов профессиональной карьеры врачей / В.В. Матан // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2019. – № 3. – С. 48–52.
19. Плоткин, Ф.Б. Синдром эмоционального выгорания: фантом или клиническая реальность? / Ф.Б. Плоткин // Теория и практика охраны психического здоровья – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 121–141. 141.
20. Поддубная, Т.В. Проблематика эмпатии в исследованиях психологических аспектов профессиональной медицинской деятельности (обзор) / Т.В. Поддубная // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т.23, № 2. С. 9–36.
21. Подсадный, С.А. Развитие научных представлений о синдроме выгорания / С.А. Подсадный, Д.Н. Орлов // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий : коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: Курск. гос. ун-т, 2008. – С. 13–35.
22. Поройский, С.В. Оценка нервно-психической устойчивости врачей скорой медицинской помощи к работе в экстремальных условиях / С.В. Поройский, А.Д. Доника, М.В. Еремина // Евразийский Союз Ученых. – 2015. – № 12–1 (21). – С. 64–66.
23. Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сборник научных статей / под

ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: Изд-во Курского государственного университета, 2007. – 169 с.

24. Рогинская, Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Рогинская // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23, № 3. – С. 85–95.

25. Рогозян, А.Б. Индивидуальная устойчивость к стрессу при различных сочетаниях свойств социальной адаптивности личности / А.Б. Рогозян // Человеческий капитал. – 2012. – № 3 (39). – С. 134–139.

26. Роджерс, К.Р. Становление личности. Взгляд на психотерапию / К.Р. Роджерс: пер. с англ. – М.: Эксмо-Пресс, 2001. – 416 с.

27. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье: пер. с англ. В.И. Кандрова, А.А. Рогова. – М.: Медгиз, 1960. – 254 с.

28. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье: пер. с англ. В.И. Кандрова, А.А. Рогова. – М.: Медгиз, 1960. – 254 с.

29. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – Москва: Прогресс, 1982. – 128 с.

30. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – Москва: Прогресс, 1982. – 128 с.

31. Середин, С.Б. Фармакологическая регуляция эмоционально-стрессовых состояний / С.Б. Середин // Вестник РАМН. – 2003. – № 12. – С. 35–37.

32. Сидоров, П.И. Синдром эмоционального выгорания / П.И. Сидоров // Медицинская газета. – 2005. – № 43.

33. Усанина, С.В. К вопросу синдрома эмоционального выгорания / С.В. Усанина, В.Ю. Слабинский // Позитум. – 2002. – № 3. – С. 63–67.

34. Фокина, Т.Ю. Личностно-психологические аспекты синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Фокина Татьяна Юрьевна; [Место защиты: Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т]. – М., 2009. – 26 с.

35. Фокина, Т.Ю. Личностно-психологические аспекты синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Фокина Татьяна Юрьевна; [Место защиты: Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т]. – М., 2009. – 26 с.
36. Хохлов, Р.А. Влияние социально-демографических факторов на развитие синдрома эмоционального выгорания врачей / Р.А. Хохлов, Э.В. Минаков, Г.И. Фурменко // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т.8, № S82. – С. 23а–23.
37. Freudenberger, H.J. Burn-out. How to beat the high cost of success / H.J., Freudenberger, G. Richelson. – Toronto ; NewYork: Bantam Books, 1981. – 214 p.
38. Freudenberger, H.J. Burn-out. How to beat the high cost of success / H.J., Freudenberger, G. Richelson. – Toronto ; NewYork: Bantam Books, 1981. – 214 p.
39. Freudenberger, H.J. Staff burnout / H.J., Freudenberger // Journal of Social Issues. – 1974. – Vol. 30 (1). – P. 159–165.
40. Freudenberger, H.J. Staff burnout / H.J., Freudenberger // Journal of Social Issues. – 1974. – Vol. 30 (1). – P. 159–165.
41. Green, A.E. The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers / A.E. Green, B.J. Albanese, N.M. Shapiro, G.A. Aarons // Psychological Services. – 2014. – Vol. 11 (1). – P. 41–49.
42. Griffin, M.L. Job Involvement, Job Stress, Job Satisfaction, and Organizational Commitment and the Burnout of Correctional Staff / M.L. Griffin, N.L. Hogan, E. G. Lambert et al. // Criminal Justice and Behavior. – 2010. – Vol. 37 (2). – P. 239–255.
43. Jones, J.W. The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP): preliminary test manual / J.W. Jones. – Park Ridge, IL: London House Press, 1980.

44. Maslach, C. Understanding burnout: Definitional issues in analysing a complex phenomenon / C. Maslach // *Job Stress and Burnout* /ed. by W.S. Paine. – Beverly Hills: Sage Publ., 1982. – P. 29–40.
45. Perlman, B. Burnout: Summary and Future and Research / B. Perlman, E.A. Hartman // *Human Relations*. – 1982. Vol. 35 (4). – P. 38–42.
46. Recknor, F. A Descriptive Study of United States-Based Human Trafficking Specialty Clinics. *Psychiatr Q* // F. Recknor, M. Gordon, J. Coverdale, M. Gardezi, P.T. Nguyen [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09691-8>. doi:10.1007/s11126-019-09691-8.
47. Son, H. Examination of hospital workers' emotional responses to an infectious disease outbreak: lessons from the 205 MERS Co-V outbreak in South Korea // H. Son, W.J. Lee, H.S. Kim. et al. *Disaster Med Public Health Prep*. 2019;13:504–510 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.95>.
48. Volpe, U. Risk of burnout among early career mental health professionals / U. Volpe, M. Luciano, C. Palumbo et al. // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2014. – Vol. 21 (9). – P. 774–781.
49. Wang, J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s) / J. Wang // *Psychological Medicine*. – 2005. – Vol. 35 (6). – P. 865–871.

ДОДАТКИ

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ РІВНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В. В. БОЙКО

Інструкція. Читайте судження і відповідайте «так» або «ні». Візьміть до уваги, що якщо у формулюваннях опитувальника йдеться про партнерів, то маються на увазі суб'єкти вашої професійної або навчальної діяльності - колеги, учні та інші люди, з якими ви щодня працюєте або вчитеся.

- 1. Організаційні недоліки на роботі постійно змушують нервувати, переживати, напружуватися.
- 2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, аніж на початку кар'єри.
- 3. Я помилився у виборі професії або профілю діяльності (займаю не своє місце).
- 4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно і якісно, повільніше).
- 5. Тепло타 взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою - хорошого або поганого.
- 6. Від мене як професіонала мало залежить благополуччя партнерів.
- 7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться побути наодинці, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
- 8. Коли я відчуваю втому або напруга, то намагаюся скоріше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодія).
- 9. Мені здається, що емоційно я не можу дати партнеру того, що вимагає професійний обов'язок.
- 10. Моя робота притупляє емоції.
- 11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.

- 12. Чи буває, я погано засинаю (сплю) через переживання, пов'язаних з роботою.
- 13. Взаємодія з партнерами вимагає від мене великої напруги.
- 14. Робота з людьми приносить все менше задоволення.
- 15. Я б змінив місце роботи, якби випала нагода.
- 16. Мене часто засмучує те, що я не можу належним чином надати партнерові професійну підтримку, послугу, допомогу.
- 17. Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою на ділові контакти.
- 18. Мене дуже засмучує, якщо щось не ладиться у відносинах з діловим партнером.
- 19. Я настільки втомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якнайменше.
- 20. Через брак часу, втоми або напруги часто приділяю увагу партнеру менше, ніж належить.
- 21. Іноді самі звичайні ситуації спілкування на роботі викликають роздратування.
- 22. Я спокійно сприймаю обгрунтовані претензії партнерів.
- 23. Спілкування з партнерами спонукало мене цуратися людей.
- 24. При згадці про деяких колег по роботі або партнерів у мене псується настрій.
- 25. Конфлікти або розбіжності з колегами забирають багато сил і емоцій.
- 26. Мені все важче встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
- 27. Обстановка на роботі мені здається дуже важкою, складною.
- 28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має статися, як би не допустити помилки, чи зможу зробити все як треба, не скоротять чи і т.п.

- 29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюся обмежити час спілкування з ним або приділяти йому менше уваги.
- 30. У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу: «не роби людям добра, не отримаєш зла».
- 31. Я охоче розповідаю домашнім про свою роботу.
- 32. Бувають дні, коли мій емоційний стан погано позначається на результатах роботи (менше роблю, знижується якість, трапляються конфлікти).
- 33. Часом я відчуваю, що треба виявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.
- 34. Я дуже переживаю за свою роботу.
- 35. Партнерам по роботі віддаєш уваги і турботи більше, ніж отримуєш від них вдячності.
- 36. При думки про роботу мені зазвичай стає не по собі: починає колоти в області серця, підвищується тиск, з'являється головний біль.
- 37. У мене хороші (цілком задовільні) відносини з безпосереднім керівником.
- 38. Я часто радію, бачачи, що моя робота приносить користь людям.
- 39. Останнім часом (чи як завжди) мене переслідують невдачі на роботі.
- 40. Деякі сторони (факти) моєї роботи викликають глибоке розчарування, валять в зневіру.
- 41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж зазвичай.
- 42. Останнім часом я часто помиляюся в оцінці ділових партнерів.
- 43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюся скоротити спілкування з друзями і знайомими.
- 44. Я зазвичай виявляю інтерес до особистості партнера крім того, що стосується справи.

- 45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочив, зі свіжими силами, у гарному настрої.
- 46. Я іноді ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без душі.
- 47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого.
- 48. Після спілкування з неприємними партнерами у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття.
- 49. На роботі я відчуваю постійні фізичні і психологічні перевантаження.
- 50. Успіхи в роботі надихають мене.
- 51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною).
- 52. Я втратив спокій через роботу.
- 53. Протягом останнього року була скарга (були скарги) на мою адресу з боку партнера (партнерів).
- 54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що багато з того, що відбувається з партнерами я не приймаю близько до серця.
- 55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції.
- 56. Я часто працюю через силу.
- 57. Раніше я був більш чуйним і уважним до партнерів, ніж тепер.
- 58. У роботі з людьми керуюся принципом: не гай нерви, бережи здоров'я.
- 59. Іноді йду на роботу з важким почуттям: як все набридло, нікого б не бачити і не чути.
- 60. Після напруженого робочого дня я відчуваю нездужання.
- 61. Контингент партнерів, з якими я працюю, дуже важкий.
- 62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.

- 63. Якби мені пощастило з роботою, я був би більш щасливий.
- 64. Я в розпачі через те, що на роботі у мене серйозні проблеми.
- 65. Іноді я роблю зі своїми партнерами так, як не хотів би, щоб чинили зі мною.
- 66. Я засуджую партнерів, які розраховують на особливу поблажливість, увагу.
- 67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил займатися домашніми справами.
- 68. Зазвичай я кваплю час: скоріше б робочий день скінчився.
- 69. Стани, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро хвилюють.
- 70. Працюючи з людьми, я зазвичай як би ставлю екран, що захищає від чужих страждань і негативних емоцій.
- 71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.
- 72. Щоб відновити сили, я часто приймаю ліки.
- 73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
- 74. Мої вимоги до виконуваної роботи вище, ніж те, чого я досягаю в силу обставин.
- 75. Моя кар'єра склалася невдало.
- 76. Я дуже нервуюю через все, що пов'язано з роботою.
- 77. Деяких зі своїх постійних партнерів я не хотів би бачити і чути.
- 78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.
- 79. Моя втома на роботі зазвичай мало позначається (ніжк не позначається) на спілкуванні з домашніми та друзями.
- 80. Якщо надається випадок, я приділяю партнеру менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
- 81. Мене часто підводять нерви в спілкуванні з людьми на роботі.
- 82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі, я втратив інтерес, живе почуття.

- 83. Робота з людьми погано вплинула на мене як професіонала - розлютила, зробила нервовим, притупила емоції.
- 84. Робота з людьми явно підриває моє здоров'я.

Обробка даних

Кожен варіант відповіді попередньо оцінений компетентними суддями тих чи інших числом балів - зазначається в ключі поруч з номером судження в дужках. Це зроблено тому, що ознаки, включені в симптом, мають різне значення у визначенні його важкості. Максимальну оцінку в 10 балів отримав від суддів ознака, найбільш показовий для симптому.

Відповідно до «ключем», здійснюються такі підрахунки:

- 1) визначається сума балів роздільно для кожного з 12 симптомів (по чотири в кожній з трьох фаз) вигорання;
- 2) підраховується сума показників симптомів для кожної з трьох фаз формування вигорання;
- 3) перебуває підсумковий показник синдрому емоційного вигорання - сума показників усіх 12 симптомів.

«Напруга»

1. Переживання психотравмуючих обставин:

+ 1 (2), +13 (3), +25 (2), - 37 (3), +49 (10), +61 (5), - 73 (5).

- 2. Незадоволеність собою:
 - -2 (3), +14 (2), +126 (2), - 38 (10), - 50 (5), +62 (5), +74 (3).
- 3. «Загнаність в клітку»:

+3 (10), +15 (5), +27 (2), +39 (2), +51 (5), +63 (1), - 75 (5).

4. Тривога і депресія:

+4 (2), +16 (3), +28 (5), +40 (5), +52 (10), +64 (2), +76 (3).

«Резистенції»

1. Неадекватне виборче емоційне реагування:

+ 5 (5), - 17 (3), +29 (10), +41 (2), +53 (2), +65 (3), +77 (5).

2. Емоційно-моральна дезорієнтація:

+ 6 (10), - 18 (3), +30 (3), +42 (5), +54 (2), +66 (2), - 78 (5).

3. Розширення сфери економії емоцій:

+ 7 (2), +19 (10), - 31 (2), +43 (5), +55 (3), +67 (3), - 79 (5).

4. Редукція професійних обов'язків:

+ 8 (5), +20 (5), +32 (2), - 44 (2), +56 (3), +68 (3), +80 (10).

«Виснаження»

1. Емоційний дефіцит:

+ 9 (3), +21 (2), +33 (5), - 45 (5), +57 (3), - 69 (10), +81 (2).

2. Емоційна відстороненість:

+ 10 (2), +22 (3), - 34 (2), +46 (3), +58 (5), +70 (5), +82 (10).

3. Особистісна відстороненість (деперсоналізація):

+ 11 (5), +23 (3), +35 (3), +47 (5), +59 (5), +72 (2), +83 (10).

4. Психосоматичні і психовегетативні порушення:

+ 12 (3), +24 (2), +36 (5), +48 (3), +60 (2), +72 (10), +84 (5).

Інтерпретація результатів

Запропонована методика дає докладну картину синдрому «емоційного вигорання». Перш за все, треба звернути увагу на окремо взяті симптоми.

Показник вираженості кожного симптому коливається в межах від 0 до 30 балів:

- 1) 9 і менше балів - не склалося симптом;
- 2) 10-15 балів - складаний симптом;
- 3) 16 і більше - сформований симптом.

Симптоми з показником 20 і більше балів відносяться до домінуючих у фазі або в усьому синдром емоційного вигорання.

Методика дозволяє побачити провідні симптоми вигорання. Істотно важливо відзначити, до якої фази формування стресу належать домінуючі симптоми і в якій фазі їх найбільше число.

Подальший крок в інтерпретації результатів опитування - осмислення показників фаз розвитку стресу - «напруга», «резистенція», «виснаження». У кожній з них оцінка можлива в межах від 0 до 120 балів. Однак зіставлення балів, отриманих для фаз, неправомірно, бо не свідчить про їх відносної ролі або внесок у синдром. За кількісними показниками правомірно судити тільки про те, наскільки кожна фаза сформувалася, яка фаза сформувалася в більшій чи меншій мірі:

- 1) 36 і менше балів - фаза не сформувалася;
- 2) 37-60 балів - фаза в стадії формування;

- 3) 61 і більше балів - сформована фаза.

Методика діагностика професійного «вигорання» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Е. Водоп'янова)

Тест професійного вигорання призначений для виявлення вираженості проявів вигорання у фахівців різних професій, насамперед, комунікативних.

Сучасні психологічні дослідження, що стосуються працівників соціальних професій, показують схильність їх професійним деформаціям. Одним з частих негативних проявів у представників названих професій є феномен «емоційного вигорання» або, в іншій редакції, синдром емоційного вигорання. Даний синдром виникає у ситуаціях інтенсивного професійного спілкування під впливом безлічі зовнішніх і внутрішніх факторів і проявляється як «приглушення» емоцій, зникненням гостроти почуттів і переживань, збільшення числа конфліктів з партнерами по спілкуванню, байдужість і відгородженість від переживань іншої людини, втрата відчуття цінності життя, втрата віри у власні сили та ін.

Методика містить три шкали:

- 1) «Емоційне виснаження» — відображає тяжкість емоційного стану у зв'язку з професійною діяльністю. Високий показник по цій шкалі пов'язаний з пригніченістю, апатією, високим втомуою, емоційної опустошенностью. За даною методикою випробуваний може набрати від 0 до 45 балів (0-7 низький рівень; 8-17 середній рівень, 18 і вище високий рівень).
- 2) «Деперсоналізація» — показник за цією шкалою відображає рівень відносин з колегами по роботі, а також загальне відчуття себе як особистості в зв'язку з професійною діяльністю. Високий показник по цій шкалі означає вираженість черствого, формального відносини з пацієнтами, відчуття несправедливого до себе ставлення з боку пацієнтів. За даною методикою випробуваний може набрати від 0 до 25 балів (0-4 низький рівень, 5-10 середній рівень, 11 і вище високий рівень).
- 3) «Редукція особистих досягнень» — ця шкала виявляє низький рівень загального оптимізму, віру в свої сили і віру в здатність вирішувати виникаючі

проблеми, позитивне ставлення до роботи і співробітникам. За даною методикою випробуваний може набрати від 0 до 40 балів. Дана шкала має зворотний характер, це означає, що більше значення балів означає менший рівень редукції особистих досягнень: 0-22 високий рівень редукції особистих досягнень; 23-30 середній рівень редукції особистих досягнень; 31 і вище низький рівень редукції особистих досягнень.

Інструкція: Нижче наведено список тверджень, що характеризує почуття і переживання, які можуть виникати у зв'язку з вашою роботою. Прочитайте будь ласка, кожне з тверджень і оцініть, наскільки воно відповідає Вашим особистим переживанням. Якщо у Вас вони ніколи не виникають, то підкресліть оцінку «0». Якщо такі переживання виникають, оцініть, як часто це трапляється; «1» — дуже рідко; «2» — рідко; «3» — іноді; «4» — часто; «5» — дуже часто; «6» -завжди.

№	Затвердження	Ніколи	Дуже рідко	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто	Завжди
1	Я відчуваю себе емоційно спустошеним(ой).	0	1	2	3	4	5	6
2	До кінця робочого дня я відчуваю себе, як вичавлений лимон.	0	1	2	3	4	5	6
3	Я відчуваю себе втомленим(ою), коли встаю вранці і повинен(на) йти на роботу.	0	1	2	3	4	5	6

4 Я добре розумію, що відчують мої пацієнти і колеги, і використовую це для більш успішного лікування.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

5 Я спілкуюся з моїми пацієнтами тільки формально, без зайвих емоцій, і прагну звести час спілкування з ними до мінімуму.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

6 Я відчуваю себе енергійним(ой) та емоційно піднесеним(ой).

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

7 Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях з хворими і їх родичами.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

8 Я відчуваю пригніченість і апатію.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

9 Я можу позитивно впливати на самопочуття і настрої хворих (пацієнтів).

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

10 Останнім часом я став(а) більш черствим(ой) (байдужим) по відношенню до хворих.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Як правило, оточуючі мене
люди занадто багато
11 вимагають від мене. Вони 0 1 2 3 4 5 6
швидше стомлюють, ніж
радують мене.

У мене багато планів на
12 майбутнє, і я вірю в їхнє 0 1 2 3 4 5 6
здійснення.

Я відчуваю все більше
13 життєвих розчарувань. 0 1 2 3 4 5 6

Я відчуваю байдужість і
14 втрату інтересу до багато 0 1 2 3 4 5 6
чого, що радувало мене
раніше.

Буває, мені дійсно байдуже те,
15 що відбувається з деякими 0 1 2 3 4 5 6
моїми хворими.

Мені хочеться усамітнитися і
16 відпочити від усього і від усіх. 0 1 2 3 4 5 6

Я легко можу створити
атмосферу доброзичливості
17 та оптимізму у відносинах з 0 1 2 3 4 5 6
моїми колегами і у відносинах
зі своїми хворими.

18	Я легко спілкуюся з хворими і їх родичами, незалежно від їх соціального статусу і характеру..	0	1	2	3	4	5	6
19	Я багато встигаю зробити за день.	0	1	2	3	4	5	6
20	Я відчуваю себе на межі своїх можливостей.	0	1	2	3	4	5	6
21	Багато чого Я ще зможу досягти у своєму житті.	0	1	2	3	4	5	6
22	Хворі, як правило, — невдячні люди.	0	1	2	3	4	5	6

Анкета оцінки нервово психічної стійкості прогноз. Тест «Ваша нервово-психічна стійкість»

Методика розроблена в ЛВМА ім. С.М.Кірова і призначена для початкового виділення осіб з ознаками нервово-психічної нестійкості. Вона дозволяє виявити окремі предболезненне ознаки особистісних порушень, а також оцінити ймовірність їх розвитку і проявів в поведінці та діяльності людини.

Необхідно протягом 30 хвилин відповісти на 84 питання «так» чи «ні».

Аналіз відповідей може уточнити окремі біографічні відомості, особливості поведінки і стану психічної діяльності в різних ситуаціях .

Інструкція до тесту

Вам пропонується тест з 84 питань, на кожен з яких Вам необхідно відповісти «так» або «ні». Пропоновані питання стосуються Вашого самопочуття, поведінки або характеру. «Правильних» або «неправильних» відповідей тут немає, тому не намагайтеся довго їх обмірковувати - відповідайте, виходячи з того, що більше відповідає Вашому стану або уявленням про самого себе.

Якщо Ваш відповідь позитивна, то зафарбуйте прямокутник з відповіддю «так» над номером відповідного питання; якщо відповідь негативна, то зафарбуйте прямокутник з відповіддю «ні». Якщо Ви не впевнені у відповіддю, то зафарбуйте обидва прямокутника, що відповідає відповіді «не знаю». На виконання завдання відводиться 30 хвилин, тестовий матеріал

1. Іноді мені в голову приходять такі нехороші думки, що краще про. них нікому не розповідати.
2. Запори у мене бувають рідко (або не бувають зовсім).
3. Часом у мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратися.
4. Бувають випадки, що я не стримую своїх обіцянок.
5. У мене часто болить голова.

6. Іноді я кажу неправду.
7. Раз на тиждень або частіше я без жодної видимої причини відчуваю жар у всьому тілі.
8. Бувало, що я говорив про речі, в яких не розбираюся.
9. Буває, що я серджуся.
10. Тепер мені важко сподіватися на те, що я чогось досягну в житті.
11. Буває, що я відкладаю на завтра те, що потрібно зробити сьогодні.
12. Я охоче беру участь у зборах та інших громадських заходах.
13. Найважча боротьба для мене - боротьба з самим собою.
14. М'язові судоми і посмикування в мене бувають рідко (або не бувають зовсім).
15. Іноді, коли я погано себе почуваю, я буваю дратівливим.
16. Я досить байдужий до того, що зі мною буде.
17. В гостях я тримаюся за столом краще, ніж удома.
18. Якщо мені не загрожує штраф і машин поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де мені хочеться, а не там, де належить.
19. Я вважаю, що моя сімейне життя така ж хороша, як у більшості моїх знайомих.
20. Мені часто кажуть, що я запальний.
21. У дитинстві у мене була така компанія, де всі намагалися завжди і в усьому стояти один за одного.
22. У грі я волію вигравати.
23. Останні кілька років більшу частину часу я відчуваю себе добре.
24. Зараз моя вага постійна (я не повнію і не худну).
25. Мені приємно мати серед своїх знайомих значних друзів, це як би додає мені вагу у власних очах.
26. Я був би досить спокійний, якби у кого-небудь з моєї сім'ї були неприємності.
27. З моїм розумом діється щось недобре.
28. Мене турбують сексуальні (статеві) питання.
29. Коли я намагаюся щось сказати, то часто помічаю, що в мене тремтять руки.
30. Руки у мене такі ж спритні і моторні, як раніше.

31. Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.
32. Думаю, що я людина приречена.
33. Я сварюся з членами моєї сім'ї дуже рідко.
34. Буває, що я з ким-небудь трохи попліткувати.
35. Часто я бачу сни, про які краще нікому не розповідати.
36. Буває, що під час обговорення деяких питань я особливо не замислююся, погоджуюся з думкою інших.
37. У школі я засвоював матеріал повільніше, ніж інші.
38. Моя зовнішність мене в загальному влаштовує.
39. Я цілком упевнений в собі.
40. Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збудженим або схвилюваним.
41. Хтось керує моїми думками.
42. Я щодня випиваю незвично багато води.
43. Буває, що непристойна або навіть непристойна жарт викликає у мене сміх.
44. Найщасливіше я буваю, коли я один.
45. Хтось намагається впливати на мої думки.
46. Я люблю казки Андерсена.
47. Навіть серед людей я зазвичай відчуваю себе самотнім.
48. Мене злить, коли мене кваплять.
49. Мене легко привести в замішання.
50. Я легко втрачаю терпіння з людьми.
51. Часто мені хочеться вмерти.
52. Бувало, що я кидав розпочату справу, тому що боявся, що не впораюся з ним.
53. Майже кожен день трапляється що-небудь, що лякає мене.
54. До питань релігії я ставлюся байдуже, вона мене не займає.
55. Напади поганого настрою бувають у мене рідко.
56. Я заслуговую суворого покарання за свої вчинки.
57. У мене були дуже незвичайні містичні переживання.
58. Мої переконання і погляди непохитні.

59. У мене бувають періоди, коли через хвилювання я втрачаю сон.