

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук  
(повне найменування факультету)

Психологія  
(повне найменування кафедри)

**Пояснювальна записка**

до дипломного проєкту (роботи)

магістр  
(ступінь вищої освіти)

на тему Емоційне вигорання лікарів, які працюють з потерпілими внаслідок бойових дій  
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу,  
групи СН-113м  
Спеціальності 053 Психологія  
(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)  
Психологія

ВАКУЛЕНКО В.В.

(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник СТАДНИК А.Г.

(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент КОВАЛЬ В.В.

(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
**Національний університет «Запорізька політехніка»**  
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук  
Кафедра «Психологія»  
Ступінь вищої освіти магістр  
Спеціальність 053 Психологія  
(код і найменування)  
Освітня програма (спеціалізація) Психологія  
(назва освітньої програми (спеціалізації))

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

«29» серпня 2024 року

## **ЗАВДАННЯ**

### **НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)**

**ВАКУЛЕНКО Віталій Вікторович**

(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи) Емоційне вигорання лікарів, які працюють з потерпілими внаслідок бойових дій.

керівник проекту (роботи) кандидат соціологічних наук, доцент СТАДНИК Альона Георгіївна

(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «02» вересня 2024 року № 358

2. Строк подання студентом проекту (роботи) 11 грудня 2024 року

3. Вихідні дані до проекту (роботи) 81 сторінка, 61 джерело, 17 рисунків, 11 таблиць, 4 додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: здійснено теоретико-методологічний аналіз поняття «емоційне вигорання»; описано особливості формування вигорання та його причин; проведено емпіричне дослідження; виконано аналіз результатів дослідження; розроблено психологічний тренінг корекції та профілактики синдрому емоційного вигорання у лікарів.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) Рис. 1.1. Основні підходи до розуміння сутності професійного вигорання; Рис. 1.2. Моделі розуміння синдрому емоційного вигорання; Рис. 1.3. Основні категорії симптомів емоційного вигорання; Рис. 2.1. Етапи проведення дослідження; Рис. 2.2. Статистичний розподіл за показником віку (%); Рис. 2.3. Статистичний розподіл за показником статі (%); Рис. 2.4. Статистичний розподіл за показником спеціалізації (%):

Рис. 2.5. Статистичний розподіл за показником стажу (%); Рис. 3.1. Оцінка емоційного вигорання %; Рис. 3.2. Оцінка тривоги та депресії %; Рис. 3.3. Оцінка задоволеності життям; Рис. 3.4. Оцінка за професійним стажем %; Рис. 3.5. Оцінка за тривалістю робочого дня %; Рис. 3.6. Оцінка за кількістю робочих днів/тиждень %; Рис. 3.7. Оцінка за стажем роботи з пацієнтами внаслідок бойових дій %; Рис. 3.8. Оцінка за умовами праці %; Рис. 3.9. Статистичний розподіл типових труднощів при роботі %; Таблиця 1.1. Компоненти вигорання (Maslach & Jackson, 1981); Таблиця 3.1. Оцінка емоційного вигорання; Таблиця 3.2. Оцінка тривожних та депресивних проявів; Таблиця 3.3. Оцінка якості життя; Таблиця 3.4. Коефіцієнти кореляції між шкалами емоційного вигорання, тривогою, депресією, оцінкою якості життя; Таблиця 3.5. Вплив редукції досягнень на рівень тривоги та депресії; Таблиця 3.6. Вплив деперсоналізації на рівень тривоги та депресії; Таблиця 3.7. Вплив емоційного виснаження на рівень тривоги та депресії; Таблиця 3.8. Вплив робочих чинників на емоційне вигорання; Таблиця 3.9. Аналіз дисперсії кількості робочих годин на добу та емоційного вигорання; Таблиця 3.10. Аналіз дисперсії стажу роботи з потерпілими та емоційного вигорання.

## 6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	СТАДНИК А.Г., доцент	23.09.2024	06.10.2024
2	СТАДНИК А.Г., доцент	07.10.2024	20.10.2024
3	СТАДНИК А.Г., доцент	21.10.2024	27.10.2024
Нормок-ь	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	08.11.2024	10.11.2024

## 7. Дата видачі завдання «29» серпня 2024 року.

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт(роботу)	29.08.2024	
2	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проєкт (роботу)	30.08.2024	
3	Затвердження теми	02.09.2024	
4	Складання змісту	20.09.2024	
5	Виконання першого розділу	23.09.2024	
6	Виконання другого розділу	07.10.2024	

7	Виконання третього розділу	21.10.2024	
8	Формування висновків	28.10.2024	
9	Перевірка роботи керівником	01.11.2024	
10	Оформлення дипломного проєкту(роботи)	04.11.2024	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	08.11.2024	
12	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	11.12.2024	
13	Подання роботи на кафедру	11.12.2024	
14	Одержання відгуку та рецензії	13.12.2024	
15	Захист дипломної роботи	18.12.2024	

Студент(ка) \_\_\_\_\_ Віталій ВАКУЛЕНКО  
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) \_\_\_\_\_ Альона СТАДНИК  
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 81 с., 11 табл., 17 рис., 61 дж., 4 дод.

Мета: дослідження клініко-психологічного змісту синдрому емоційного вигоряння у лікарів, що працюють з потерпілими внаслідок бойових дій.

Об'єкт дослідження: синдром емоційного вигоряння.

Предмет дослідження: клініко-психологічний зміст синдрому емоційного вигоряння.

Методи дослідження: теоретичні методи – метод аналізу щодо окремих складових емоційного вигоряння та чинників, що впливають на його формування; метод систематизації, для класифікації симптомів, причин та наслідків вигоряння; метод узагальнення що дозволив сформулювати загальні висновки щодо закономірностей причин та проявів емоційного вигоряння серед лікарів; емпіричні методи – анкетування; психодіагностичні методики; статистичні – методи математичної статистики для кількісного та якісного аналізу даних, визначення валідності результатів.

Дослідження полягає в удосконаленні розуміння механізмів формування емоційного вигоряння у лікарів, що працюють з постраждалими внаслідок бойових дій. Робота дозволяє розширити знання про психоемоційні фактори, які впливають на професійну діяльність лікарів у стресових умовах, а також уточнити механізми виникнення вигоряння в умовах війни.

Практична значущість роботи полягає у розробці тренінгу для профілактики та корекції емоційного вигоряння серед лікарів. Результати дослідження можуть бути використані для створення програм психологічної підтримки, вдосконалення умов праці та розвитку ефективних методів збереження психічного здоров'я медичних працівників, що працюють в кризових умовах.

**ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРЯННЯ, ЛІКАРІ, ПОСТРАЖДАЛІ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ.**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ ФЕНОМЕНУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У ЛІКАРІВ ПРИ РОБОТІ З ПОТЕРПІЛИМИ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ.....	12
1.1. Поняття синдрому емоційного вигоряння в науковій літературі.....	12
1.2. Етіологія та механізми формування синдрому емоційного вигоряння у лікарів .....	15
1.3. Профілактика та корекція синдрому емоційного вигоряння у лікарів, які працюють з потерпілими внаслідок бойових дій .....	22
Висновки до розділу 1 .....	27
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У ЛІКАРІВ ПРИ РОБОТІ З ПОТЕРПІЛИМИ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ.....	29
2.1. Методологічний апарат та організація емпіричного дослідження.....	29
2.2. Характеристика вибірки емпіричного дослідження .....	34
Висновки до розділу 2 .....	37
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У ЛІКАРІВ ПРИ РОБОТІ З ПОТЕРПІЛИМИ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ.....	39
3.1. Кількісний та якісний аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	39
3.2. Обґрунтування та зміст терапевтичної групи для синдрому емоційного вигоряння у лікарів .....	52
Висновки до розділу 3 .....	60
ВИСНОВКИ .....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	64
ДОДАТКИ.....	71

## ВСТУП

Феномен вигорання є предметом дослідження зарубіжних та українських фахівців протягом останніх 50 років, що підтверджує актуальність і важливість цієї проблеми. Значущої актуальності синдром емоційного вигорання (СЕВ) набув в 2020 році, у зв'язку з розвитком пандемії COVID–19, яка стала істотною загрозою для громадського здоров'я у всьому світі і мала вплив на психічне і фізичне здоров'я лікарів [54]. В умовах високого рівня психологічних навантажень, накопичення негативних емоцій, страх бути інфікованим інфекцією, відчуття безпомічності – мали значний вплив на роботу лікарів, що в ряді випадків призводить до лікарських помилок і затримок в прийнятті тактично важливих рішень.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, «неінфекційні захворювання, пов'язані роботою, а також серцево-судинні хвороби і депресія, зумовлені професійним стресом, ведуть до зростання показників тривалої непрацездатності та відсутності на робочому місці фахівців» [32]. Тож спеціалісти ВООЗ, організатори охорони визначили розробку рекомендацій з профілактики і корекції СЕВ у лікарів і медичного персоналу як одну із пріоритетних задач.

Синдром емоційного вигорання – багатокомпонентний стан, що проявляється емоційним виснаженням, деперсоналізацією і редукцією професійних досягнень, що викликане інтенсивною міжособистісною професійною взаємодією з пацієнтами, яка супроводжується емоційною насиченістю та когнітивним навантаженням. Цей синдром може серйозно вплинути на фізичне та психічне здоров'я, а також на якість медичної допомоги, що надається лікарями пацієнтам.

Фактором розвитку СЕВ є особливості специфічної асиметричної взаємодії між лікарем та пацієнтом, в якому перший поза залежністю від своїх внутрішніх переживань, установок, особистих обставин, за визначенням повинен надати допомогу, проявити залученість до хвороби пацієнта. Враховуючи значуще емоційне та професійне навантаження, а також пролонговані високі вимоги і напругу, фахівець нерідко виявляється в ситуації, де його емоційних і фізичних

ресурсів виявляється недостатньо, а результатом цього є формування синдрому емоційного вигорання, який не тільки призводить до неефективної професійної діяльності, можливості нанесення шкоди пацієнтам, але й порушення психічного та фізіологічного функціонування самого спеціаліста. Значну роль у виникненні СЕВ має вихідна нервово-психічна стійкість спеціаліста. Показник рівня відображає ризик дезадаптації особистості в умовах стресу, коли система емоційного відображення функціонує в критичних умовах, викликаних зовнішніми (такими як умови війни) та внутрішніми факторами.

Багато фахівців, що початково володіють усіма необхідними особистісними, професійними якостями і навичками, в умовах «рутинної напруги», високої, недостатньої психологічної, економічної та організаційної мотивації, починають відчувати хронічну втому від діяльності, зниження інтересу до неї, коливання настрою, зниження працездатності. Надалі це може привести до зростання нервово-психічної напруги, виснаженню ресурсних механізмів, розвитку СЕВ, формуванню клінічних межових психічних розладів. Дослідження підтверджують роль СЕВ в порушенні соціального та сімейного функціонування, зниження якості життя; розвитку розладів адаптації, тривожних, депресивних станів; зловживанні алкоголем, ПАВ, тощо.

Стан наукової розробленості теми дослідження. Проблемі СЕВ присвячено велику кількість зарубіжних досліджень, які проводилися в кількох основних напрямках: визначення стану вигорання; пошук та розробка методик для діагностики, оцінки виразності та різних складових СЕВ; виділення зовнішніх та внутрішніх факторів, що визначають ризик виникнення вигорання; вивчення причин формування СЕВ. У порівнянні меншу кількість досліджень присвячено розробкам програм, що сприяють профілактиці вигорання або спрямованих на відновлення медичних працівників зі вже сформованим СЕВ.

Спочатку вважалось, що причиною СЕВ є стресогенні умови «виробничого середовища» – специфічні умови праці медичного працівника, організаційні особливості проведення лікарських інтервенцій, характер відносин у колективі,

позиція керівництва, система адміністративних заохочень та покарань, контингент пацієнтів, необхідність прояву емпатії до пацієнта незалежно від внутрішнього сприйняття та ін. Подальші дослідження показали значну роль особистості спеціаліста – її індивідуально-психологічних особливостей, ціннісних орієнтацій, фрустраційної толерантності, здібності до рефлексії, до емпатії, тощо. Сучасний етап вивчення синдрому емоційного вигорання розглядає інтеграцію різних факторів як причин його розвитку, роль і співвідношення яких необхідно враховувати у кожному окремому випадку.

Особливе значення вивчення СЕВ набуває нині, коли Україна знаходиться у стані війни та у зв'язку з високим навантаженням, яке покладено на медичних працівників. В цілому, вивчення етіопатогенезу, клінічних проявів, психологічних механізмів, розробки програм корекції та стратегій лікування СЕВ у фахівців, які працюють з що постраждали внаслідок бойових дій, лишається особливо актуальною.

Мета дипломної роботи: дослідження клініко-психологічного змісту синдрому емоційного вигорання у лікарів, що працюють з потерпілими внаслідок бойових дій.

Об'єкт дослідження: синдром емоційного вигорання.

Предмет дослідження: клініко-психологічний зміст синдрому емоційного вигорання.

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати наукову літературу на тему емоційного вигорання: описати теоретичні концепції, етіологічні чинники, психологічні особливості.
- 2) описати теоретичну модель профілактики та корекції синдрому емоційного вигорання у лікарів.
- 3) емпірично дослідити клініко-психологічний зміст та структуру емоційного вигорання у лікарів.
- 4) розробити та обґрунтувати зміст терапевтичної групи для роботи з синдромом емоційного вигорання у лікарів.

Вибірку дослідження склали 36 осіб. В дослідженні прийняли участь здебільшого респонденти віком від 26-35 років (60%), також 34,4% осіб вікової категорії 36-45 та лише 6,7% – 46-55 років. З них 91,4% чоловіків та 8,6% жінок. В домінуючій кількості в дослідженні прийняли участь лікарі-хірурги з середнім віковим стажем 1-5 років (34,3%), 6-10 років (31,4%), 11-15 років (25,7%) та 8,6% зі стажем в медицині понад 15 років.

Методи дослідження.

Теоретичні методи: метод аналізу щодо окремих складових емоційного вигоряння та чинників, що впливають на його формування; метод систематизації, для класифікації симптомів, причин та наслідків вигоряння; метод узагальнення що дозволив сформулювати загальні висновки щодо закономірностей причин та проявів емоційного вигоряння серед лікарів.

Емпіричні методи:

– метод анкетування. Перший розділ включав анкету яка містила загальні питання про стать, вік та інші соціально-демографічні характеристики. Також пропонувалися запитання що оцінюють вплив різних чинників на роботу лікарів, в тому числі пов'язаних з клінічною практикою, а саме: з умовами та інтенсивністю праці, кількістю робочих годин, а також труднощами, пов'язаними з робочим процесом, та особливостями корпоративної культури медичної організації

– психодіагностичні методики:

(1) опитувальник професійного вигоряння (К. Маслач, С. Джексон). Методика дозволяє виміряти ступінь виразності синдрому емоційного вигоряння та його основних симптомів згідно шкалам «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція особистісних досягнень».

(2) госпітальна шкала тривоги і депресії HADS для оцінки вираженості депресивних та тривожних проявів.

(3) шкала SWLS Дінера для суб'єктивної оцінки якості життя.

– статистичний аналіз та обробка даних: описова статистика; кореляційний аналіз з використанням критерія Пірсона; аналіз дисперсії ANOVA; регресійний

аналіз (лінійна регресія); частотний аналіз. Для обробки даних використовувалося програмне забезпечення MS Excel, Jamovi.

Теоретична значущість дослідження полягає в удосконаленні розуміння механізмів формування емоційного вигоряння у лікарів, що працюють з постраждалими внаслідок бойових дій. Робота дозволяє розширити знання про психоемоційні фактори, які впливають на професійну діяльність лікарів у стресових умовах, а також уточнити механізми виникнення вигоряння в умовах війни.

Практична значущість роботи полягає у розробці тренінгу для профілактики та корекції емоційного вигоряння серед лікарів. Результати дослідження можуть бути використані для створення програм психологічної підтримки, вдосконалення умов праці та розвитку ефективних методів збереження психічного здоров'я медичних працівників, що працюють в кризових умовах. Тренінг направлений на зниження рівень стресу та вигоряння, підвищення ефективності роботи лікарів і забезпечення їх довготривалого професійного функціонування.

Апробація: результати дослідження представлені у вигляді тез на Міжнародній науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Молодіжна наука: інновації та глобальні виклики» 6 листопада 2024 року, м. Полтава.

Структурно, робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний текст роботи викладено на 63 сторінках. Всього – 81 сторінка.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ ФЕНОМЕНУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У ЛІКАРІВ ПРИ РОБОТІ З ПОТЕРПІЛИМИ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

### 1.1. Поняття синдрому емоційного вигоряння в науковій літературі

Синдром емоційного вигоряння не містить повноцінних діагностичних критеріїв в DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) та МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб). В DSM-V синдром емоційного вигоряння не розглядається як окремий розлад, хоча його симптоми можуть бути коморбідними з іншими психічними розладами, такими як депресія або тривожні розлади [10]. В МКХ-10 емоційне вигоряння також не класифікувалося як окремий розлад» [44].

У травні 2019 року до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) було вперше включено синдром емоційного вигоряння як «немедичний стан» та віднесений до класу «чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я» [37].

За визначенням МКХ-11, емоційне вигоряння це «синдром, який визнано результатом хронічного стресу на робочому місці, яке не було успішно подолано. Він характеризується трьома ознаками: відчуттям мотиваційного чи фізичного виснаження; наростаючим психічним дистанціюванням від професійних обов'язків чи почуттям негативізму чи цинізму до професійних обов'язків; а також зниженням працездатності. Емоційне вигоряння стосується безпосередньо професійного контексту і має застосовуватися до досвіду з інших сфер життя» [37].

Важливо відзначити, що важливим моментом у визначенні терміну стало позначення вигоряння як синдрому, при цьому під синдромом розуміється сукупність симптомів та ознак, що існують одночасно та клінічно визначають той чи інший стан, відмінний від інших.

Історично, вперше цей стан було описано Фройденбергером, який використав його для опису особливого розладу особистості, характерного для здорових людей, професійна діяльність яких пов'язана з активною взаємодією з іншими людьми [32].

У своїй статті Фройденбергер докладно описав синдром вигоряння та його вплив на працівників. Особливо страждали працівники, які присвятили себе професіям, що знаходяться в постійному контакті з іншими людьми. Через кілька місяців після початку роботи в такому режимі, у них з'являлися перші ознаки емоційного вигоряння, такі як дратівливість, нервозність та цинізм. Особи, які мали симптоми «емоційного вигоряння», були представниками так званих «допомагаючих професій» – лікарями, вчителями, психологами, соціальними працівниками, поліцейськими – Фройденбергер зауважив, що серед таких фахівців часто зустрічаються прояви дезадаптивної поведінки, надмірної подразливості. Крім того, значна кількість спостережуваних фахівців стикалися і з різними соматичними порушеннями. Таку «плату за співчуття» спочатку визнали особливістю професій «людина-людина», а згодом і серед інших фахівців. Саме цей стан і був названий лікарем Фройденбергером «емоційним вигорянням» і дане дослідження стало відправною точкою для подальшого вивчення феномену [32].

Знаковою подією в зарубіжній науковій психології стало виділення емоційного вигоряння в окрему категорію, що характеризується певною клінічною картиною. У 1980-х роках, спираючись на наукові здобутки теорії стресу Г. Сельє, К. Маслач з колегами продовжили дослідження цього феномену, визначивши поняття як психологічний синдром, що виникає внаслідок тривалого перебування в середовищі високого рівня стресу, особливо це стосувалося представників допоміжних професій [44]. Результатом досліджень стала спільна з С. Джексоном розробка – «Опитувальник професійного вигоряння», інструмент, призначений для вимірювання трьох компонентів вигоряння: емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження рівня професійних досягнень [45]. Цей опитувальник став знаковим у вивченні синдрому емоційного вигоряння, забезпечивши стандартизований інструмент для оцінки вираженості вигоряння у представників різних професій. Це важливо відмітити, оскільки саме узагальнення К. Маслач стало опорним при визначенні синдрому в МКХ-11.

Також варто розглянути визначення синдрому науковця В.В. Бойка. На його думку, вигоряння виступає як захисний механізм, вироблений психікою людини, і є процесом повного чи часткового зниження емоційного реагування на стресову ситуацію, що дозволяє економно витратити емоційні ресурси. Крім того, вчений зазначає, що через прагнення організму знизити емоційне навантаження від стресової ситуації негативні наслідки цього процесу виявляються як у професійній діяльності, так і в інших сферах життя людини [11].

Осмислення психологічної сутності емоційного вигоряння, а також відповідних йому психологічних моделей, чинників, причин і наслідків, ґрунтується на різних теоретичних підходах до розуміння та аналізу даного феномену. Розглядаючи існуючі на сьогодні підходи до розуміння змісту поняття емоційного вигоряння, приведемо їх узагальнену характеристику (рис. 1.1.).

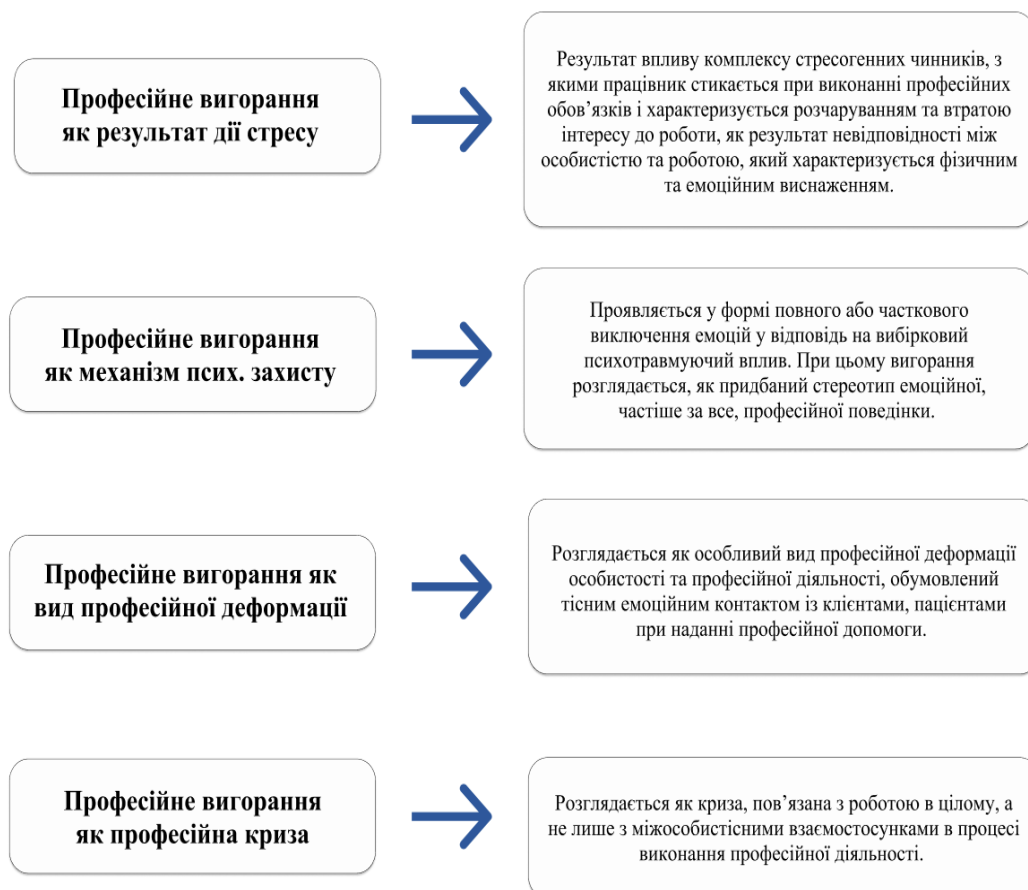


Рис. 1.1. Основні підходи до розуміння сутності професійного вигоряння (складено автором на основі В.М. Демидюк та В.В. Шевчук)

Як можливо побачити з таблиці, різноманітність підходів, поглядів та думок вчених на феномен вигоряння, формує багатогранне його уявлення. Загалом можливо узагальнити характерні типові симптоми або ознаки, такі як розвиток негативного, байдужого ставлення людини до оточуючих людей, формування цинічності, прагнення до дистанції стосовно колег та близьких. При виявленому різноманітті визначень кожне з них відповідає певному підходу до дослідження феномена вигоряння, а також розкриває його різноманітні аспекти. Детально етіологічні механізми формування емоційного вигоряння будуть представлені в наступному параграфі.

## 1.2. Етіологія та механізми формування синдрому емоційного вигоряння у лікарів

В сучасній психологічній науці дослідники зосереджені на двох основних підходах до розуміння конструкту емоційного вигоряння. Перші з них сфокусовані на вивченні варіантів виміру та змістовних компонентів емоційного вигоряння, а в межах іншого підходу вивчають сам процес вигоряння в динаміці та досліджують основні чинники, що призводять до його виникнення. Проте ми можемо відзначити, що всі теоретичні підходи при розгляді структури емоційного вигоряння включають емоційне виснаження, як визначальний компонент.

На сьогодні існують ряд моделей розуміння синдрому емоційного вигоряння, що засновуються на кількості факторів (компонентів) (рис. 1.2).

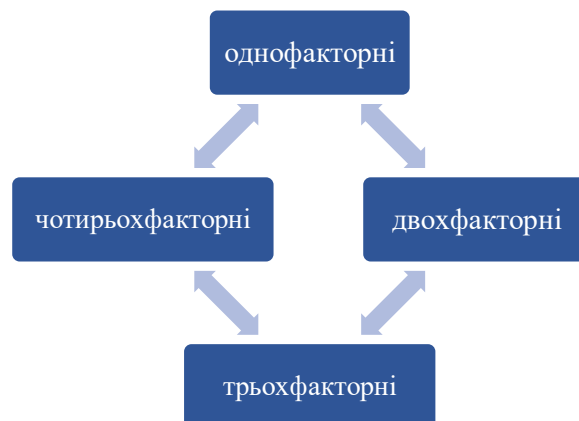


Рис. 1.2. Моделі розуміння синдрому емоційного вигоряння

Деякі дослідники при вимірюванні емоційного вигоряння оцінюють лише рівень емоційного та фізичного виснаження, тобто є однофакторними [5]. Згідно з однофакторною моделлю Е. Пайнс, вигоряння – це стан фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, викликаного тривалим перебуванням у емоційно-перевантажених ситуаціях. Автори одномірного підходу розглядають виснаження як основну причину (компонент), а інші прояви негативних переживань та поведінки – вважають наслідком.

Також існують моделі, які включають два чинники для оцінки емоційного вигоряння (двохфакторні). Прикладом таких конструкцій може бути модель запропонована Д. Дирендонк, В. Шауфелі та Х. Сіксма [42]. Синдром вигоряння зводиться до двомірної конструкції, що складається з емоційного виснаження та деперсоналізації. Перший компонент отримав назву «афективного», проявляється в скаргах на здоров'я, фізичне самопочуття, нервову напругу, тощо. Другий компонент – деперсоналізація, що проявляється у зміні відносин або до клієнтів, або до самого себе.

При аналізі змісту компонентів вигоряння трьохфакторної моделі закономірно звернутися до визнаних основоположників моделі вигоряння – К. Маслач та Джексон [45]. Їх класифікація вимірів прояву вигоряння в даний час є найбільш структурованою та використовуваною у науково-дослідницьких роботах (Таблиця 1.1). Модель являє собою тривимірний конструкт, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень.

Таблиця 1.1.

### Компоненти вигоряння (Maslach & Jackson, 1981)

Компонент	Характеристика
Емоційне виснаження	Виявляється як відчуття виснаження від психологічних зусиль, що прикладаються на роботі. Описується та у термінах втоми, ослаблення, люди відчувати труднощі в адаптації до робочого середовища, оскільки їм не вистачає емоційної енергії, щоб упоратися професійними завданнями.

Продовження табл. 1.1.

Деперсоналізація	Міжособистісний компонент вигорання визначає як реакція відстороненості та байдужості виконуваної роботи та (або) людей, які її отримують. Виражається в негативному чи неадекватному відношенні та поведінці, дратівливості, відсутності міжособистісного дистанціювання, як правило, поведінки користувачів послуг, пацієнтів та (або) клієнтів.
Зниження особистих (професійних) досягнень	Виражається у негативній професійній самооцінці, сумнівах у здатності ефективно виконувати роботу, більшості схильність до негативної оцінки результатів. Призводить до зниження продуктивності та можливостей, здатності справлятися з труднощами.

Представниця даної моделі К. Маслач зазначає, що емоційне виснаження є лише одним із компонентів емоційного вигорання. Вона визначає вигорання як феномен, пов'язаний з напругою, але він не охоплює всі аспекти на робочому місці. Для їх подальшої оцінки використовується компонент цинізму і деперсоналізації у випадку, коли йдеться про професій «людина-людина». Цей чинник оцінює дистанціювання та негативні установки щодо роботи та суб'єктів професійної діяльності [44-47].

Також авторами відзначається сильна залежність між чинниками емоційного виснаження та деперсоналізації. Велика кількість досліджень, що проводяться за різних умов організації праці, показують, що емоційне виснаження може бути предиктором подальшого дистанціювання від трудових обов'язків, імовірно як копінг-стратегії, для зниження навантаження. Різниця між ними полягає в тому, який вимір першим проявляється в умовах професійного стресу (емоційне виснаження чи деперсоналізація). Лонгітюдні дослідження показали, що існує причинно-наслідковий зв'язок між основними аспектами професійного вигорання, тобто високий рівень емоційного виснаження призводить до високого рівня цинізму чи деперсоналізації. Аналогічно емпіричні дослідження показують, що виснаження та деперсоналізація є основними параметрами синдрому вигорання, у

той час як відсутність професійної самореалізації сприймається як передумова і навіть наслідок вигорання [44-47].

Третім чинником, який включають багато дослідників феномену емоційного вигорання, є редукція особистих досягнень (оцінка професійної успішності). Таке розширене бачення емоційного вигорання дозволяє дослідникам провести межу між феноменом вигорання і хронічним стресом (виснаженням за Г. Сельє). З цього виходить, що якби за феноменом емоційного вигорання не відзначалося нічого окрім виснаження, тоді даний стан описувався в межах терміну хронічної втоми.

В свою чергу існує і чотирьохфакторна модель [59]. В даній моделі вигорання один із його елементів (емоційне виснаження, деперсоналізація або редуковані досягнення) поділяється на два окремих фактори. Наприклад, деперсоналізація поділяється на дистанціювання від робочого місця та від отримувачів професійних послуг фахівця. Негативні установки щодо суб'єктів професійної діяльності виникають внаслідок вигорання – емоційного виснаження.

Підсумовуючи розгляд розбіжностей між однофакторними і багатофакторними моделями слід зазначити, що вони мають відмінності в структурно-результативних моделях вигорання. Дані моделі засновані на сукупності зовні спостережуваних форм поведінки та суб'єктивних переживань людини, що дозволяють дати оцінку ступеня виразності та наслідків емоційного вигорання. Двома іншими типами моделей вигорання можна вважати процесуально-динамічні та інтегративні.

Процесуально-динамічні розглядають емоційне вигорання з погляду розвитку процесу в часі. Мається на увазі, що процес має певні етапи, тобто спочатку в людини відбувається зростання емоційного виснаження і, як наслідок, виникають негативні установки по відношенню до професійної діяльності та реципієнтів цієї діяльності (суб'єктів діяльності). З метою захисту емоційних ресурсів об'єкт діяльності може намагатися свідомо чи несвідомо дистанціюватися від суб'єктів діяльності у фізичному та емоційному сенсі. Паралельно можуть формуватися негативні настанови стосовно власних професійних досягнень.

Відповідно до процесуально-динамічних моделей, процес розвитку вигоряння характеризується підвищенням ступеня вираженості окремих симптомів.

Концепція М. Буріш є прикладом моделі, в якій найбільш повно представлений процес емоційного вигоряння. Згідно з цією концепцією на першій стадії розвитку емоційного вигоряння можна виявити значні енергетичні витрати. Вони виникають внаслідок того, що людина має високу позитивну установку залучення до процесу професійної діяльності та її виконання. Як наслідок може виникнути почуття втоми, а отже і відсутність наповнення енергії. Втома змінюється зниженням інтересу до робочого процесу та розчаруванням. Зазначається, що особливо роль відводиться і зовнішнім умовам, в яких відбувається професійна діяльність людини [2].

Багато концептуальних моделей, описаних вище, спрямовані на те, щоб виявити конкретні фактори, які викликають вигоряння у людей. Вони дозволяють дослідити взаємозв'язок між конкретними факторами (ситуаційними та особистісними) та тими наслідками (окремими симптомами), які ми можемо зареєструвати після того, як емоційне вигоряння було встановлено.

Традиційні фактори, що викликають вигоряння, представлені зовнішніми та внутрішніми.

Зовнішні (організаційні) фактори включають умови праці, організаційну культуру та психологічний фон в колективі. Напружений робочий графік, несприятливий психологічний фон з боку колег, а також недостатнє визнання досягнень – можуть сприяти зростанню стресу та, як наслідок, призводити до вигоряння. Організаційні умови можуть суттєво вплинути на продуктивність і психологічне благополуччя фахівців.

Внутрішні (особистісні) фактори – індивідуальні характеристики фахівців. Дослідження показують, що особистісні риси, хоч і мають меншу доказову базу емпіричних даних, впливають на ймовірність та вираженість вигоряння. Наприклад, особи з низьким рівнем самооцінки, зовнішнім локусом контролю,

низьким рівнем стресостійкості – більш схильні до виникнення емоційного вигоряння [44].

При вигорянні можна відзначити зміни:

- на поведінковому рівні – часті запізнення, зниження/відсутність творчих підходів до вирішення проблем, уникнення колег, збільшення вживання психоактивних речовин (кофеїн, алкоголь тощо), тощо.
- на емоційному рівні – підвищена дратівливість, гнів, почуття образи, невдачі, втрата почуття гумору;
- на когнітивному рівні – все частіше виникають думки про те, щоб залишити роботу, людина не може сконцентрувати увагу, посилюється почуття підозрілості та недовірливості.
- на фізичному рівні – швидка стомлюваність, втома, часті незначні хвороби, порушення сну, психічного та соматичного здоров'я [46; 47].

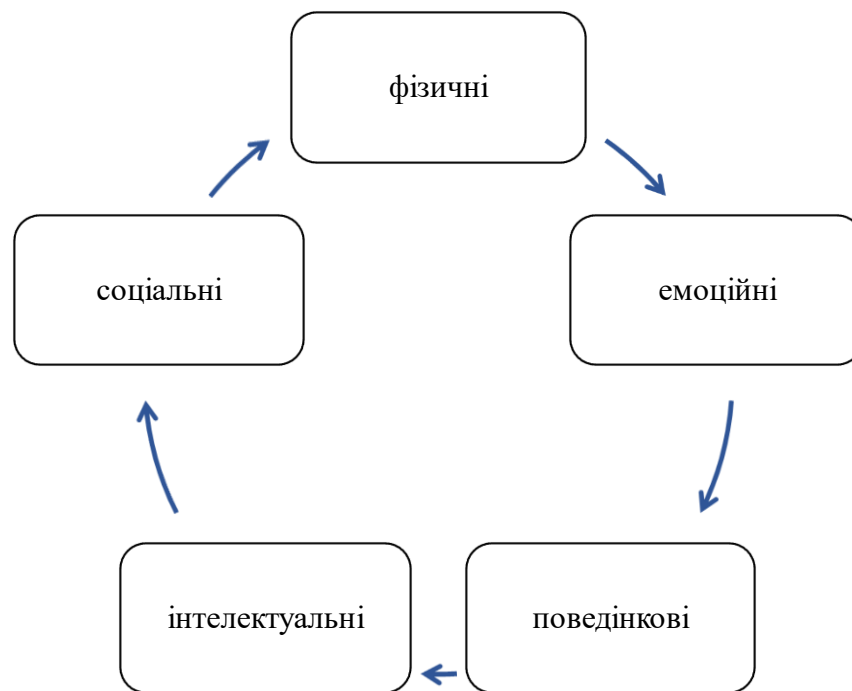


Рис. 1.3. Основні категорії симптомів емоційного вигоряння (складено на основі В. Криволапчук, І. Моцонелідзе, І. Слюсар)

Демидюк В.М. змістовно характеризує основні категорії симптомів емоційного вигоряння: «Фізичні симптоми: втома, втомлюваність та виснаженість

протягом дня, фізичне виснаження, коливання ваги, порушення сну, запаморочення; серцевий біль; нудота, тремор; підвищення артеріального тиску; труднощі з диханням, зниження імунітету, чутливість до погодних змін, скарги на погане самопочуття загалом; Емоційні симптоми: зниження емоційності, песимістичність і цинізм, зниження концентрації уваги, виражається розчаруванням, безпорадністю, почуття невдачі, самозвинуваченням, депресією, байдужістю, холодністю у особистому житті; втратою ідеалів, надій чи професійних перспектив; усамітненість; тривожність, депресивність та істеричність, неконтрольовані поведінкові вирази агресії, роздратованості, гніву та образливості, збільшення деперсоналізації своєї чи інших; Поведінкові симптоми: труднощі у виконанні професійних завдань; порушення режиму праці та тривалості робочого дня, зниження продуктивності професійної діяльності, відсутність мотивації до праці, відтермінування запланованих завдань, уникання самостійного прийняття рішень, розлади харчування, байдужість до їжі, прагнення зробити перерву, відпочити, прагнення до соціальної ізоляції; часте виникнення думок про зловживання речовинами, що змінюють настрій (кава, алкоголь, ліки); підвищена чутливість; Інтелектуальні симптоми: зниження інтересу до життя, нових ідей, альтернативних підходів у роботі; зниження концентрації уваги, апатія, підозрілість і недовірливість; переважання шаблонності у діяльності (формальне виконання роботи); відмова від участі у розвивальних заходах; негативне ставлення до нововведень; Соціальні симптоми: зниження соціальної активності, відсутність інтересу до проведення власного особистого часу, розчарування та песимістичні погляди на майбутнє, формальне виконання функціональних обов'язків, обмеження соціальних контактів тільки вимушеними; відчуття самотності, недостатньої підтримки у колі близького оточення; конфліктність» [8, с. 104].

Підсумовуючи зазначаємо, що вчені приділяли більше уваги вивченню зовнішніх (ситуативних) чинників виникнення емоційного вигорання. Разом з тим, додаткового вивчення потребують дослідження взаємозв'язку між конкретними факторами (ситуаційними та особистісними) та тими наслідками (окремими

симптомами), які можливо встановити після того, як емоційне вигорання було констатовано.

1.3. Профілактика та корекція синдрому емоційного вигорання у лікарів, які працюють з потерпілими внаслідок бойових дій

Поширеність синдрому емоційного вигорання (СЕВ) серед медичного персоналу, які працюють в кризових умовах (таких як, наприклад, бойові дії), може бути обумовлена численними факторами. В дослідженні Holland, проведеному серед медичних працівників які надають допомогу пораненим було виявлено, що до 70% респондентів повідомляли про різні ступені емоційного виснаження [54]. Перш за все, автори пов'язували це з постійним стресом, необхідністю прийняття складних рішень в умовах нестачі ресурсів, а також з емоційним навантаженням від роботи з пацієнтами, які мають важкі травми фізичного та психічного характеру.

Однією з основних особливостей протікання СЕВ у лікарів які працюють з потерпілими внаслідок бойових дій є високий рівень емоційної виснаженості, яка є одним із ключових компонентів СЕВ та може проявлятися в труднощах у спілкуванні з пацієнтами, відчутті безпорадності та зниженні загального рівня задоволення від роботи. Деперсоналізація, або відчуження від пацієнтів, є ще одним з основних проявів СЕВ. Це є проблемою, оскільки лікарі сприймають пацієнтів як об'єктів, що підлягають лікуванню: знижується емпатія та емоційна залученість до пацієнтів що постраждали від бойових дій та знаходяться в критичному не лише фізичному, але і психологічному стані – як наслідок знижується якість надання комплексної медичної допомоги. Разом з тим, специфіка роботи часто пов'язана з ненормованістю графіку та організацією робочого процесу, що значно затрудняє процес відновлення психологічних та фізичних ресурсів фахівця (в результаті саме це призводить до виснаження та формування синдрому вигорання) [44].

Зважаючи на вищезазначене, синдром емоційного вигорання є серйозним викликом для медичних працівників, які працюють з пацієнтами що постраждали

внаслідок бойових дій. В цьому контексті важливість впровадження ефективних терапевтичних та профілактичних заходів стає надзвичайно актуальною.

Перші кроки на шляху до корекції синдрому емоційного вигорання – його ідентифікація та оцінка, що включає своєчасне вимірювання самопочуття фахівця та оптимізація нормативного навантаження. Подальші втручання з метою корекції СЕВ можливо класифікувати на дві основні категорії: втручання зосереджені на окремих особах (застосування індивідуальних або групових терапевтичних втручань) і організаційні, тобто заходи на рівні закладу охорони здоров'я (впровадження програм підтримки, тренінгу навичок, а також заходи що сприяють сприятливому психологічному клімату в колективі).

Загальна для всіх спеціальностей корекційна програма синдрому емоційного вигорання повинна включати три етапи: підготовчий (початковий), основний і завершальний. На підготовчому етапі проводиться діагностика СЕВ, а також особливостей особистості працівника. Було проаналізовано професійний досвід працівників соціальної служби, які випробовують СЕВ. За результатами дослідження виявлено, що понад 60% працівників «недостатньо поінформовані про його наслідки, які не володіють елементарними навичками саморегуляції та релаксації, мають низький рівень стресостійкості, малоактивні у прагненні подолати стрес» [41]. На основному етапі співробітники, які мають позитивну мотивацію на подолання вигорання, брали участь у психологічному тренінгу, який є основним компонентом корекційної програми. Тренінгові заняття містили також психоосвітній компонент у вигляді лекцій та семінарів, спрямованих на розширення уявлень про синдром вигорання, стадії його розвитку, причини виникнення, наслідки. На завершальному етапі тренінгу «формувався позитивне ставлення до дійсності, через переоцінку ірраціональних переконань». Серед відомих моделей тренінгів «антивигорання» (як однією з ефективних) була обрана раціонально-емоційно-поведінкова модель А. Елліса [23].

Розглядаючи синдром емоційного вигорання як процес, що виявляється у симптомах емоційного, когнітивного виснаження, фізичної втоми, особистої

відстороненості та зниження задоволення виконанням роботи [46]. Важливо оцінювати його етапи з позиції соціально-психологічної адаптації. У зв'язку з цим всі профілактичні заходи доцільно ґрунтувати на сукупності соціальних, психологічних та медичних заходів. Базуючись на біопсихосоціальній парадигмі та принципах індивідуального підходу, допомога особам, у яких виявляються ознаки вигорання або перебувають у зоні ризику, має плануватися комплексно в психопрофілактичних (тематичних) або психокорекційних групах.

Групова терапія має унікальні можливості порівняно з індивідуальною терапією, оскільки в ході групи створюється неповторне середовище, яке і має психотерапевтичний ефект, враховуючи кількість учасників. Сама група, володіючи потенціалом, сприяє виявленню проблем, їх усвідомленню, прийняттю та наступному пошуку варіантів подолання складних ситуацій, являючись своєрідним дзеркалом, в якому учасники бачать свої проблеми через призму проблем інших людей. Для члена групи реакції інших учасників є найбільш цінними, ніж негативні чи позитивні відгуки людей, що знаходяться за межами цієї спільноти.

У мета-аналізі англійської літератури 2010 року J. Paris та A. Noge виявили, що лише декілька досліджень описують статистично-доведену ефективність профілактичних і терапевтичних заходів, що проводяться щодо вигорання у спеціалістів медичного профілю [51]. Сенс описаних заходів зводився до зміни адміністративної системи на місцях роботи, організації семінарів з формування навичок надання самопомоги та короткостроковим когнітивно-поведінковим груповим сеансам. Однак достовірно ефективного практичного керівництва для роботи зі спеціалістами у сфері охорони здоров'я, які мають усі ознаки СЕВ, так і не було розроблено.

На сьогодні існує декілька основних методів та підходів, що мають статистично-доказову базу ефективності в корекції та профілактиці емоційного вигорання лікарів. Розглянемо їх більш змістовно.

Балінтівські групи

Одним із основних методів профілактики та корекції СЕВ з 50-х років минулого століття і дотепер є Балінтівські групи, впроваджені М. Балінтом в 1950 році, як «тренінгові семінари для лікарів загальної практики» [8]. Цей метод спрямований на «зниження тривожності та «емоційної напруженості» осіб, які працюють із важким контингентом хворих. В групі аналізуються та вирішуються проблеми, що виникають при взаємодії лікаря з пацієнтами. У фокусі розгляду лежать комунікативні складності, особливості міжособистісного спілкування, дотримання меж ідентичності. Групою керує психотерапевт. При цьому «виключається психотерапевтичний вплив на особистість самого лікаря та оцінка його професійної діяльності» [8].

### BREATHE

В пілотному дослідженні 2011 року, проведеному на території США, було розроблено методику BREATHE, яка розрахована на 6 тижнів роботи з фахівцями та спрямована на зменшення симптомів СЕВ за допомогою навчання технікам саморегуляції, що показала позитивні результати у зниженні рівня показників шкали «деперсоналізація». Водночас наявні методики переважно орієнтовані на симптоматичну дію, а не на патогенетичну, і не враховують причини розвитку СЕВ [43].

### Когнітивно-поведінкова терапія

КПТ є одним із найбільш вивчених підходів в терапії СЕВ. Дослідження показують, що КПТ сприяє зменшенню симптомів вигорання у лікарів на 30-50% [54]. Характерною особливістю КПТ є використання комплексної моделі, що пояснює не лише розвиток, але й підтримуючі фактори емоційного вигорання, що становлять повторювальний цикл «думка-емоція-фізіологічна реакція-поведінка». Як правило, вони базуються на теорії навчання/аналізі поведінки та/або теорії обробки когнітивної інформації. Теоретична основа КПТ базується на припущенні, що синдром емоційного вигорання є наслідком тривалих стресових фізіологічних реакцій і недостатніх ресурсів для емоційного відновлення, що є характерним для лікарів які працюють з потерпілими внаслідок бойових дій в умовах війни.

## Mindfulness

Практика усвідомленості (MBSR) – це восьмитижнева поведінкова програма та навчальний курс, який пропонує техніки медитації (зокрема, усвідомлене усвідомлення повсякденної діяльності та спілкування), сканування тіла та прості вправи йоги. MBSR було описано як «групова програма, яка зосереджена на практиці усвідомленого усвідомлення усвідомленості». Хоча ряд терапевтичних втручань можуть включати методи усвідомленості, саме програма MBSR є доказовою формою навчання усвідомленості, яка має статистично-достовірні дані щодо профілактики та корекції емоційного вигорання на сьогоднішній день. Дослідження показали, що MBSR сприяє зниженню рівня стресу емоційного виснаження і покращує навички емпатії серед медичних працівників [11].

## Терапія прийняття і відповідальності (ACT)

Зростає кількість досліджень направлених на впровадження терапевтичних групових програм на робочому місці, заснованих на прийнятті та відповідальності (ACT), що показали ефективні показники в покращенні загального психологічного здоров'я медичних співробітників. Дослідження Prudenzi з колегами показало, що втручання ACT призвело до значного зниження симптомів стресу та менш вираженого вигорання [51]. Ці ефекти були опосередковані в першу чергу за рахунок покращення навичок усвідомленості та поведінки, що базується на цінностях, та пом'якшувалися початковими рівнями стресу учасників. Через чотири тижні після втручання 48% учасників, які отримали втручання ACT, показали покращення, при цьому трохи менше половини вищезазначених покращень (46,15%) відповідали критеріям клінічно значущих змін [51].

Описані результати досліджень та аналіз розроблених методів профілактики та корекції синдрому емоційного вигорання у представників різних медичних спеціальностей відображають актуальність розробки інтегративної програми корекції СЕВ, яка враховує різні сфери професійної діяльності, культурні та особистісні особливості спеціаліста, характер та специфіку його діяльності. Даний огляд використання таких методів/підходів, як КПТ, MBSR, ACT та ін, показав, що

проведення трупових програм в поєднанні з організаційною підтримкою закладу охорони здоров'я потенційно значно знижують ризик вигорання серед лікарів. Профілактика, терапія та реабілітація при СЕВ має бути першочергово орієнтована на покращення: умов праці – на організаційному рівні; характеру взаємин всередині колективу – на міжособистісному рівні; особистісних реакцій – на індивідуальному рівні.

У зв'язку з цим виникає очевидна необхідність впровадження комплексу ряду заходів щодо збереження та зміцнення психічного здоров'я лікарів. Інтеграція даних підходів у практику медичних установ може суттєво підвищити психологічне благополуччя лікарів і, як наслідок, ефективність надання медичної допомоги.

### Висновки до розділу 1

Синдром емоційного вигорання – багатокomпонентний стан, що проявляється емоційним виснаженням, деперсоналізацією і редукцією професійних досягнень, що викликане інтенсивною міжособистісною професійною взаємодією з пацієнтами, яка супроводжується емоційною насиченістю та когнітивним навантаженням.

Традиційні фактори, що викликають вигорання, представлені зовнішніми та внутрішніми. Зовнішні фактори включають умови праці, організаційну культуру та психологічний фон в колективі. Напружений робочий графік, несприятливий психологічний фон з боку колег, а також недостатнє визнання досягнень – можуть сприяти зростанню стресу та, як наслідок, призводити до вигорання. Організаційні умови можуть суттєво вплинути на продуктивність і психологічне благополуччя фахівців. Внутрішні фактори – індивідуальні характеристики фахівців. Дослідження показують, що особистісні риси, хоч і мають меншу доказову базу емпіричних даних, впливають на ймовірність та вираженість вигорання. Наприклад, особи з низьким рівнем самооцінки, зовнішнім локусом контролю, низьким рівнем стресостійкості – більш схильні до виникнення емоційного вигорання.

При вигорянні можна відзначити зміни: на поведінковому рівні – часті запізнення, зниження/відсутність творчих підходів до вирішення проблем, уникнення колег, збільшення вживання психоактивних речовин; на емоційному рівні – підвищена дратівливість, гнів, почуття образи, невдачі, втрата почуття гумору; на когнітивному рівні – все частіше виникають думки про те, щоб залишити роботу, людина не може сконцентрувати увагу, посилюється почуття підозрливості та недовірливості; на фізичному рівні – швидка стомлюваність, втома, часті незначні хвороби, порушення сну, психічного та соматичного здоров'я.

## РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У ЛІКАРІВ ПРИ РОБОТІ З ПОТЕРПІЛИМИ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

### 2.1. Методологічний апарат та організація емпіричного дослідження

Мета емпіричного дослідження: дослідити клініко-психологічний зміст та структуру емоційного вигоряння у лікарів, що працюють з потерпілими внаслідок бойових дій.

Завдання емпіричного дослідження:

1. емпірично виявити клініко-психологічний зміст та структуру емоційного вигоряння у лікарів.
2. виконати аналіз та інтерпретацію отриманих результатів.
3. розробити зміст терапевтичної групи для роботи з синдромом емоційного вигоряння у лікарів.

Організація дослідження відбувалася в декілька основних етапів – рис. 2.1.



Рис. 2.1. Етапи проведення дослідження

На першому етапі розроблявся дизайн емпіричного дослідження, який включав визначення мети, завдань, гіпотез та методів дослідження. Вибірка дослідження підбиралася з завдань дослідження. Також створювалися Google Forms для збору даних, де були оформлені психодіагностичні методики, що включали запитання для виявлення вираженості емоційного вигоряння.

На другому етапі проводилося власне емпіричне дослідження: респондентам пропонувалося заповнити ряд опитувальників. Після цього аналізувалися відповіді

отримані з google-forms, в подальшому дані оброблялися, оформлювалися до зведених таблиць, проводилася статистична обробка даних.

На третьому етапі описувалися результати з подальшою їх інтерпретацією. Перевірялися гіпотези та формувалися відповідні висновки.

На четвертому етапі на основі отриманих результатів дослідження розроблявся зміст програми корекції та профілактики синдрому емоційного вигоряння, що адаптувалася під вибірку дослідження та в подальшому пропонувалася до апробації.

Гіпотези дослідження.

Перший блок гіпотез: ми припускаємо наявність зв'язків між різними проявами емоційного вигоряння та психологічним станом лікарів, зокрема рівнем тривоги, депресії та суб'єктивною оцінкою якості життя. Це обґрунтовується на підставі теоретичних уявлень і попередніх досліджень, які свідчать про взаємозв'язок між емоційним вигорянням і іншими психологічними чинниками, такими як тривога, депресія та загальне задоволення життям.

– чим більше виражені прояви емоційного вигоряння (емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція досягнень), тим вищий рівень тривоги та депресії у лікарів.

– чим більше виражені прояви емоційного вигоряння (емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція досягнень), тим нижчий рівень якості життя у лікарів.

Другий блок гіпотез стосується впливу специфіки робочого процесу на вираженість емоційного вигоряння. Робоче навантаження, умови праці, інтенсивність і частота робочих годин можуть суттєво впливати на розвиток вигоряння у лікарів. Виходячи з теоретичних підходів до стресу на роботі та результатів практичних досліджень, можна зробити висновок, що тривала та інтенсивна робота без достатньої кількості відпочинку є важливими чинниками, що сприяють розвитку емоційного вигоряння.

– чим більше робочих годин на день, тим більше виражені прояви емоційного вигоряння (емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція досягнень).

– чим більше робочих днів на тиждень, тим більше виражені прояви емоційного вигоряння (емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція досягнень).

Третій блок гіпотез стосується того, як досвід роботи з пацієнтами (стаж роботи в таких умовах) постраждалими внаслідок бойових дій може впливати на рівень емоційного вигоряння у лікарів. Враховуючи високе емоційне навантаження, яке має місце при лікуванні таких пацієнтів, можна припустити, що лікарі з більшим досвідом роботи з постраждалими будуть стикатися з високими рівнями стресу, що може сприяти розвитку вигоряння.

Методи дослідження. Для проведення емпіричного дослідження емоційного вигоряння у лікарів, що працюють з потерпілими внаслідок бойових дій, було обрано науково обґрунтований інструментарій, що дозволяє комплексно оцінити рівень емоційного вигоряння, а також супутні психологічні симптоми, такі як тривога, депресивні прояви та задоволеність життям. Усі інструменти, що використовувалися, мають високий рівень валідності та надійності, що забезпечує точність отриманих результатів і їх подальше використання для практичних рекомендацій.

Дослідження представляло електронне опитування з використанням платформи google-forms. Опитування складалася з кількох розділів. Опишемо їх більш змістовно.

#### Діагностична анкета

Перший розділ включав анкету яка містила загальні питання про стать, вік та інші соціально-демографічні характеристики. Також пропонувалися запитання що оцінюють вплив різних чинників на роботу лікарів, в тому числі пов'язаних з клінічною практикою, а саме: з умовами та інтенсивністю праці, кількістю робочих годин, а також труднощами, пов'язаними з робочим процесом, та особливостями

корпоративної культури медичної організації. Повний перелік запитань анкети представлено в додатку А.

#### Maslach Burnout Inventory (MBI)

Другий розділ був представлений методикою Maslach Burnout Inventory (MBI), яка є загально визнаним стандартом діагностики синдрому емоційного вигорання. Методика дозволяє виміряти ступінь виразності синдрому емоційного вигорання та його основних симптомів. MBI складається з трьох основних шкал, кожна з яких оцінює окрему складову синдрому емоційного вигорання:

Шкала «Емоційне виснаження» оцінює ступінь емоційної втоми та виснаження, що є основним проявом емоційного вигорання. Ця шкала відображає, наскільки лікар відчуває себе вичерпаним, не здатним до емоційної взаємодії з пацієнтами або колегами. Високі бали в цій шкалі свідчать про високий рівень стресу та втому від професійної діяльності.

Шкала «Деперсоналізація» оцінює ступінь відчуження від пацієнтів, а також розбалансованість в емоційному сприйнятті пацієнтів і колег. Високий рівень деперсоналізації вказує на те, що лікар починає сприймати пацієнтів як «об'єкти», а не як людей, що може бути наслідком емоційного виснаження.

Шкала «Редукція особистих досягнень» оцінює зниження відчуття професійної ефективності, відчуття, що лікар перестає досягати своїх цілей або не відчуває задоволення від досягнень на роботі.

В анкеті MBI міститься 22 запитання, що відповідають на кожну з трьох шкал. Респонденти оцінюють свої емоційні реакції на робочі ситуації за допомогою 7-бальної шкали від «зовсім не відчуваю» до «постійно відчуваю».

Враховувалися бали по шкалам «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція особистісних досягнень». Результати розраховуються на основі балів, отриманих по кожній з трьох шкал. Високі бали за шкалами емоційного виснаження і деперсоналізації, а також низькі бали за шкалою особистих досягнень, вказують на наявність синдрому емоційного вигорання.

Перелік запитань методики представлено в додатку Б.

### Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Третій розділ був представлений госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS), оскільки, згідно результатам теоретичного огляду наявних досліджень, саме ці дані часто діагностують у осіб з емоційним вигорянням. HADS складається з 14 запитань, розподілених на дві шкали.

Шкала тривоги: 7 запитань, які оцінюють наявність симптомів тривожного розладу, таких як нервозність, напруга, страх або фізичні прояви тривоги (наприклад, прискорене серцебиття).

Шкала депресії: 7 запитань, які спрямовані на виявлення симптомів депресії, таких як сум, безнадійність, відчуття втоми, зниження мотивації або відсутність інтересу до звичних справ.

У кожному розділі респонденти відповідають на запитання, що стосуються їх емоційного стану за останній тиждень. Бали по кожній шкалі підсумовуються, і результат порівнюється з інтерпретаційними нормами для визначення рівня тривоги або депресії. Високі бали на шкалі тривоги або депресії можуть свідчити про високий рівень стресу або вигорання у лікаря.

Перелік запитань шкали представлено в додатку В.

### Шкала загальної задоволеності життям Е. Дінера (SWLS)

Четвертий розділ включав шкалу для суб'єктивної оцінки якості життя SWLS Дінера. SWLS складається з 5 запитань, що дозволяють оцінити загальний рівень задоволення життям: як респонденти оцінюють своє життя в цілому; наскільки вони задоволені своїми досягненнями та ситуацією в житті; як вони бачать своє майбутнє.

Респонденти оцінюють їх за допомогою шкали від 1 до 7, де 1 означає «повністю незадоволений», а 7 – «повністю задоволений». Підраховуються бали для кожного з 5 запитань, і на основі цих результатів визначається загальний рівень задоволення життям респондента. Низькі бали можуть свідчити про низький рівень якості життя та пов'язане з ним емоційне вигорання.

Перелік запитань шкали представлено в додатку Г.

## Статистичний аналіз та обробка даних

Дескриптивна статистика застосовувалася для підсумовування та надання загальної інформації про вибірку та отримані дані (середні значення, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні показники).

Частотний аналіз – для оцінки розподілу відповідей на анкетування.

Кореляційний аналіз за допомогою критерію Пірсона застосовувався з метою виявлення взаємозв'язків між різними змінними (між рівнем емоційного вигоряння та тривожністю, депресивними симптомами).

Регресійний аналіз (лінійна регресія) застосовувався для визначення передбачуваних змін у рівні вигоряння на основі інших психологічних параметрів (рівень тривоги та депресії).

Аналіз дисперсії (ANOVA) – для порівняння середніх значень емоційного вигоряння між кількома групами лікарів, які мають різний стаж роботи з пацієнтами постраждалими внаслідок війни (0,5-1, 1-2, 2 роки та більше).

Для аналізу та обробки даних використовувалося програмне забезпечення MS Excel та Jamovi.

## 2.2. Характеристика вибірки емпіричного дослідження

З метою комплексної характеристики вибірки застосовувалися кількісні та якісні методи. Аналіз отриманих відповідей з першої частини анкети, що містили основні соціально-демографічні дані вибірки дослідження, піддавався частотному аналізу (критерій пропорційності одного зразка) та статистичному розподілу даних.

Всього вибірку склали 36 осіб.

Для початку представимо середні значення вибірки за віковим показником. Отримані результати представлені на рис. 2.2.

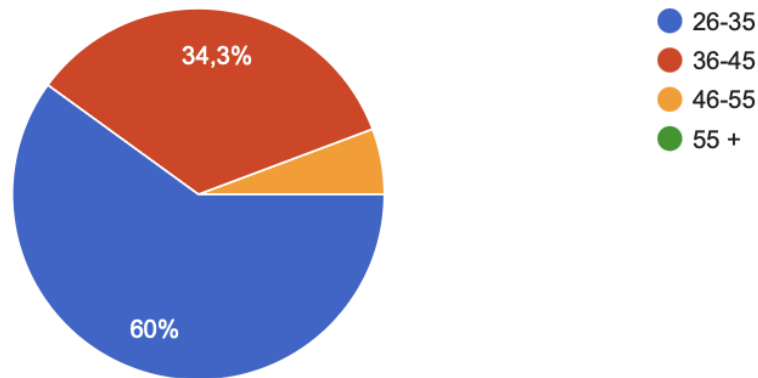


Рис. 2.2. Статистичний розподіл за показником віку (%)

В дослідженні прийняли участь здебільшого респонденти віком від 26-35 років (60%), також зазначено 34,4% фахівців вікової категорії 36-45 та лише 6,7% – 46-55 років. Основна частина респондентів (60%) належить до вікової категорії 26-35 років. Це вказує на те, що найбільше емоційне вигоряння серед медичних працівників, які працюють з потерпілими внаслідок бойових дій, переживають фахівці, які знаходяться на піку своєї професійної кар'єри. Для цієї групи характерні значні фізичні та емоційні навантаження, що можуть сприяти розвитку вираженого емоційного вигоряння. Молодші медичні працівники часто зазнають високого рівня стресу через відсутність досвіду і психологічної стійкості в умовах інтенсивної роботи з пацієнтами, що може призводити до швидшого виснаження і професійного вигорання.

На рис. 2.3. представлені середні значення вибірки за показником статі.

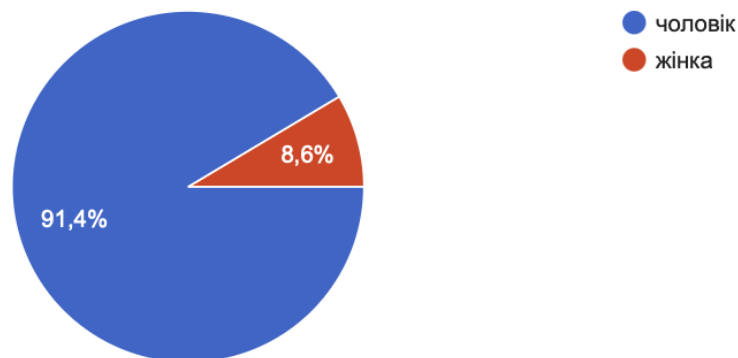


Рис. 2.3. Статистичний розподіл за показником статі (%)

Визначено що в дослідженні прийняли участь 91,4% чоловіків та лише 8,6% жінок. Це можливо пояснити специфікою спеціальності хірургії, яку мають більшість респондентів.

Також були отримані дані за показником спеціалізації – рис. 2.4.

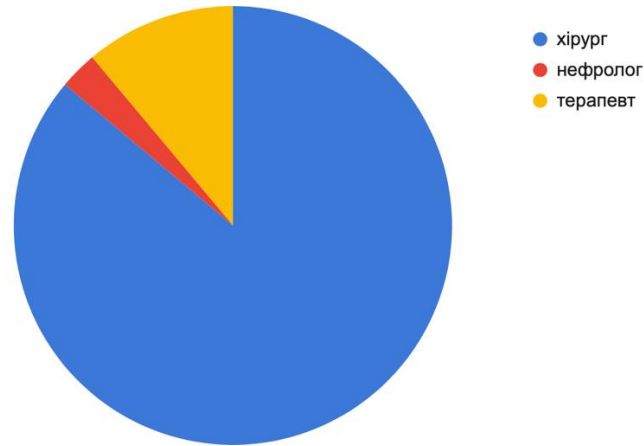


Рис. 2.4. Статистичний розподіл за показником спеціалізації (%)

Також представимо середні значення вибірки за показником стажу в медицині. Отримані результати представлені на рис. 2.5.

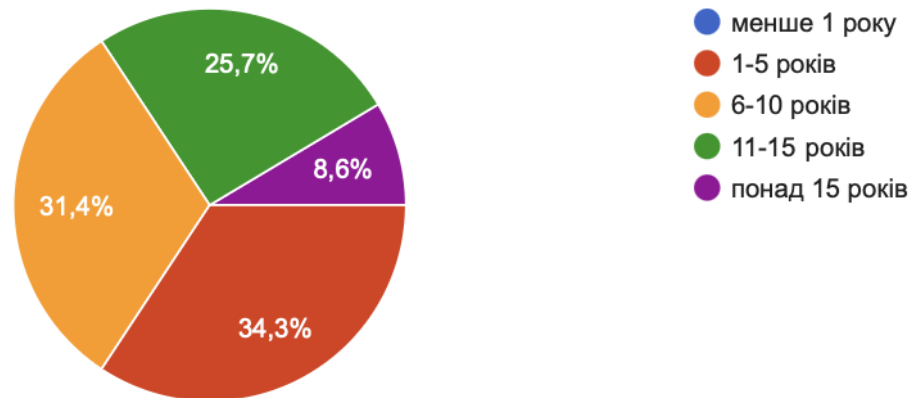


Рис. 2.5. Статистичний розподіл за показником стажу (%)

В домінуючій кількості в дослідженні прийняли участь лікарі-хірурги з середнім віковим стажем 1-5 років (34,3%), 6-10 років (31,4%), 11-15 років (25,7%) та 8,6% респондентів повідомили про стаж в медицині понад 15 років.

Найбільша частка респондентів припадає на лікарів з досвідом роботи від 1 до 5 років. Це період, коли медичні працівники активно адаптуються до специфіки своєї професії, отримують значну кількість стресових навантажень, але при цьому ще не мають достатньо досвіду для ефективного емоційного самоконтролю. Молодші хірурги часто стикаються з труднощами, такими як професійна невизначеність, необхідність швидко приймати складні рішення та управляти емоціями в критичних ситуаціях, а ці чинники можуть сприяти підвищеному рівню стресу та вигоряння.

Хірурги з досвідом роботи 11-15 років мають достатньо високий рівень професіоналізму, але в той же час цей період може бути пов'язаний з певною «професійною кризою», коли вони починають відчувати виснаження від тривалої роботи в стресових умовах. Враховуючи, що в дослідженні ця група складає 25,7%, можна припустити, що ці лікарі також стикаються з емоційним вигорянням, хоча і на іншому етапі професійної адаптації.

На цьому етапі опис соціально-демографічних показників було завершено і після підтвердження репрезентативності вибірки ми перейшли до аналізу отриманих результатів дослідження.

## Висновки до розділу 2

В другому розділі було описано дизайн емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення клініко-психологічного змісту та структури емоційного вигоряння у лікарів, які працюють з потерпілими внаслідок бойових дій. Описано основні етапи організації дослідження, зокрема визначення мети, завдань, гіпотез та вибір методів для збору та обробки даних.

Перший етап дослідження включав розробку дослідницької стратегії, створення Google Forms для збору даних та оформлення психодіагностичних методик, що дозволяють оцінити рівень емоційного вигоряння серед респондентів. Структура опитувальника була адаптована для конкретної вибірки лікарів, що працюють з потерпілими внаслідок бойових дій.

На другому етапі дослідження здійснювалося заповнення респондентами опитувальників, зібрані дані оброблялися за допомогою статистичних методів. Це дозволило отримати необхідну інформацію для подальшого аналізу та інтерпретації.

Третій етап включав інтерпретацію отриманих результатів, формулювання висновків і перевірку гіпотез. Всі етапи дослідження були здійснені відповідно до обраної методології, що забезпечило надійність і валідність зібраних даних для подальшого аналізу.

Отже, на цьому етапі дослідження було завершено етап планування та збору даних, що створює необхідні передумови для подальшого аналізу та розробки рекомендацій по корекції емоційного вигоряння серед лікарів у подальших етапах роботи.

### РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У ЛІКАРІВ ПРИ РОБОТІ З ПОТЕРПІЛИМИ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Кількісний та якісний аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Розглянемо результати дослідження професійного вигоряння за шкалами емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень.

Результати представлено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1.

#### Оцінка емоційного вигоряння

Descriptives	Емоційне вигоряння	Виснаження	Деперсоналізація	Редукція досягнень
N	37	37	37	37
Missing	7	7	7	7
Mean	78.4	32.1	14.7	31.6
Std. error mean	1.43	0.778	0.457	0.717
Median	78	33	15	30
Mode	81.0	29.0	15.0	29.0
Standard deviation	8.70	4.73	2.78	4.36
Shapiro-Wilk W	0.953	0.954	0.906	0.933
Shapiro-Wilk p	0.120	0.132	0.004	0.027

Ознаки емоційного виснаження, апатії, зниження енергетичного потенціалу, розчарування в професійної діяльності та зниження інтересу до неї, констатовано у (93,4%) респондентів,  $m = 32.1$ .

Привертають також увагу отримані дані, що свідчать про те, що 86,1% мають високий рівень за шкалою «Деперсоналізація»,  $m = 14.7$ , що відображає прагнення дистанціюватися від колег та пацієнтів, схильності до цинічного сприйняття оточуючих, байдужого відношенню до них, дратівливості та зниження емпатії.

Половини всіх фахівців (50,1%) мали високий рівень проявів, що оцінюються шкалою «Редукція персональних досягнень»,  $m = 31.6$ , яка характеризує знецінення власних досягнень, відсутність цілеспрямованості, мотивації на розвиток у

професійній діяльності, зниження толерантності до стресових ситуацій, безініціативність, формалізація професійних навичок.

Варто зазначити, що середні та низькі рівні вигоряння констатовані в основному у лікарів-терапевтів, які мають професійний стаж 1-6 років. Більш критичні дані отримано у лікарів-хірургів, що мають різний професійний стаж та кількість часу в роботі з пацієнтами що постраждали внаслідок бойових дій.

Розподіл шкал вигоряння за рівнями представлено на рис. 3.1.

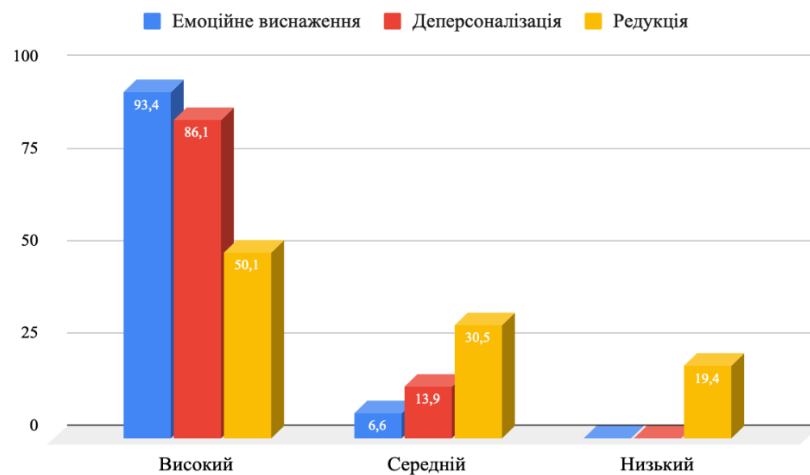


Рис. 3.1. Оцінка емоційного вигоряння %

Далі розглянемо отримані показники наявності тривожних та депресивних проявів у лікарів що працюють з постраждалими внаслідок бойових дій.

Результати представлено в табл. 3.2. та на рис. 3.2.

Таблиця 3.2.

### Оцінка тривожних та депресивних проявів

Descriptives		
	Тривога	Депресія
N	37	37
Missing	7	7
Mean	8.08	7.35
Std. error mean	0.380	0.347
Median	8	7
Mode	7.00	8.00
Standard deviation	2.31	2.11
Minimum	5	2
Maximum	13	11
Shapiro-Wilk W	0.928	0.946
Shapiro-Wilk p	0.019	0.071

Серед лікарів за шкалою тривоги ми отримали значення  $m = 8.08$ , за шкалою депресії  $m = 7.35$ , що вказує в основному на субклінічно виражені варіанти симптомів.

Відповідно до отриманих даних, клінічно виражена тривога спостерігається у 19,4% лікарів, що свідчить про наявність значних труднощів у регуляції емоцій, які можуть серйозно впливати на їх професійну діяльність і загальне психоемоційне благополуччя. Отримані показники узгоджуються з повідомленими лікарями фізичними симптомами, включаючи порушення сну, панічні атаки та постійне відчуття напруги, тощо. Субклінічно виражена тривога, зафіксована у 33,3% лікарів, вказує на те, що близько третини медичних працівників відчують помірні рівні, які не досягають клінічних меж, але можуть суттєво впливати на їх функціонування.

Субклінічно виражена депресія, виявлена у 44,4% лікарів, є для нас важливим маркером. Клінічно виражена депресія, яка констатована у 5,5% лікарів. Водночас, результати щодо норми, що становлять 50% для тривоги та 52,7% для депресії, вказують на те, що значна частина лікарів перебуває у межах нормального психоемоційного функціонування, проте це не виключає ризиків, пов'язаних з отриманими раніше високими показниками емоційним вигоранням.

Розподіл шкал за рівнями представлено на рис. 3.2.

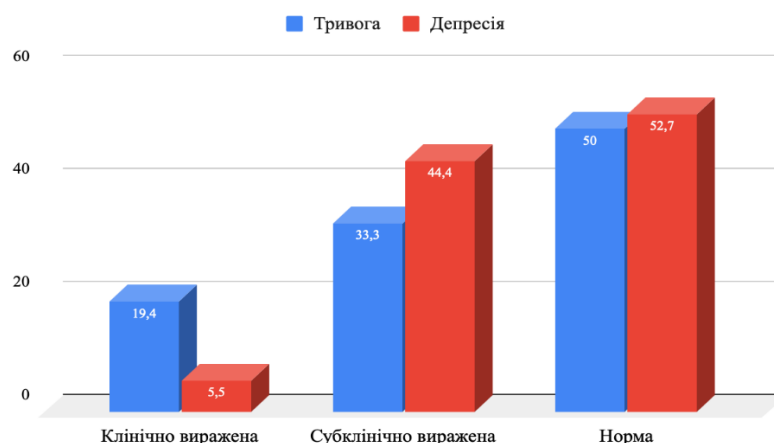


Рис. 3.2. Оцінка тривоги та депресії %

Також ми попросили респондентів оцінити якість свого поточного життя. Результати представлено в табл. 3.3. та на рис. 3.3.

Таблиця 3.3.

### Оцінка якості життя

Descriptives	
Оцінка життя	
N	37
Missing	7
Mean	21.3
Std. error mean	0.806
Median	23
Mode	24.0
Standard deviation	4.90
Minimum	11
Maximum	28
Shapiro-Wilk W	0.892
Shapiro-Wilk p	0.002

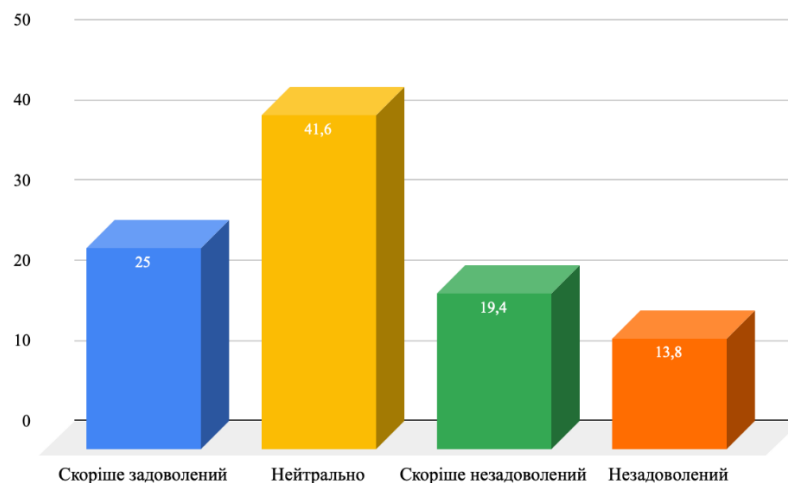


Рис. 3.3. Оцінка задоволеності життям %

Згідно з отриманими даними, 25% лікарів висловилися що скоріше задоволеними своїм життям. Цей показник, хоча й свідчить про позитивні аспекти, все ж демонструє, що лише чверть респондентів відчуває задоволення, що може бути наслідком складних умов праці та емоційних навантажень.

Нейтральна позиція, яку зайняли 41,6% лікарів, свідчить про невизначеність та змішані почуття щодо якості життя. Це може бути пов'язано зі складним робочим

графіком, оскільки про цей показник обирали в основному лікарі, що працюють 4-6 днів на тиждень та більше ніж 12 годин на добу.

19,4% лікарів відзначили, що скоріше незадоволені своїм життям, а 13,8% – точно незадоволені, ці показники також є маркерами професійного вигорання. Досить значна частина медичних працівників відчуває розчарування та невдоволення, що може бути пов'язане із високими вимогами до роботи, відсутністю підтримки та ресурсів для ефективного виконання своїх обов'язків.

Далі ми перейшли до аналізу окремих чинників що можуть впливати на психоемоційний стан лікарів та рівень професійного вигорання.

Для початку представимо середні значення відповіді на запитання про загальний стаж роботи в медицині – рис. 3.4.

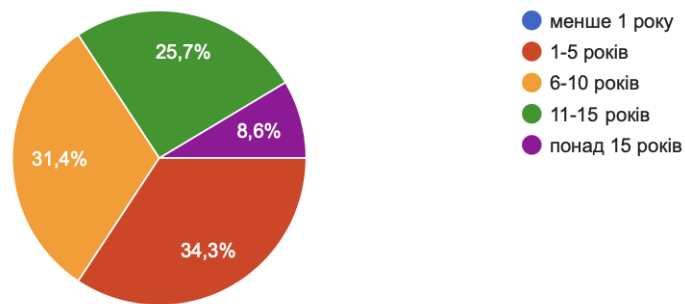


Рис. 3.4. Оцінка за професійним стажем %

Загалом, середні показники свідчать про стаж від 1 до 10 років, також значущим є показник про 11-15 років (25,7%). Також ми попросили респондентів відповісти щодо середнього робочого навантаження – рис. 3.5 та 3.6.

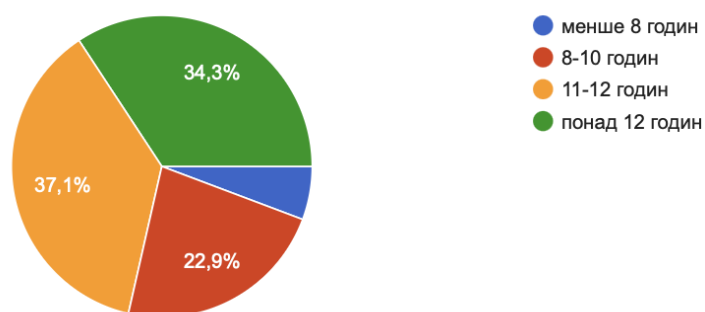


Рис. 3.5. Оцінка за тривалістю робочого дня %

Переважна кількість респондентів (37,1%) працює 11-12 годин та 34,4% – понад 12 год. на добу. Про ці результати повідомляли в основному лікарі-хірурги, що мають професійний стаж 1-10 років.

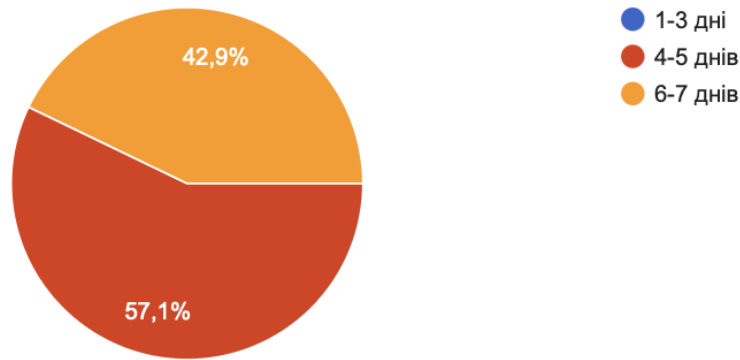


Рис. 3.6. Оцінка за кількістю робочих днів/тиждень %

57,1% лікарів працюють 4-5 днів на тиждень, ще 42,9% респондентів – 6-7 днів.

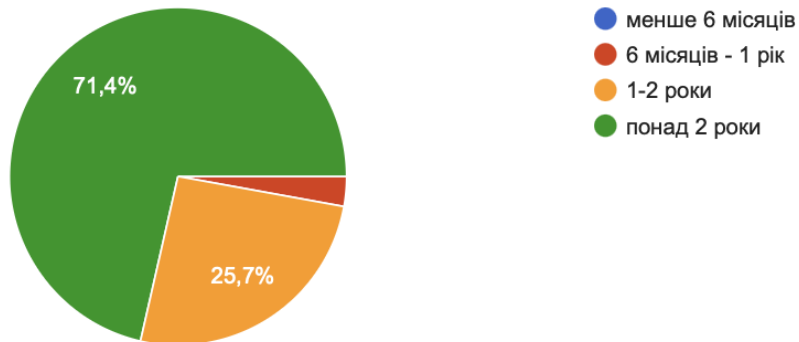


Рис. 3.7. Оцінка за стажем роботи з пацієнтами внаслідок бойових дій %

В основному, лікарі працюють з даною категорією пацієнтів понад 2 роки, тобто з початку повномасштабного вторгнення, ще 25% повідомили про стаж 1-2 років.

Також ми попросили лікарів оцінити умови роботи, з них 62,9% повідомили про задовільні умови, а 22,9% – про погані.

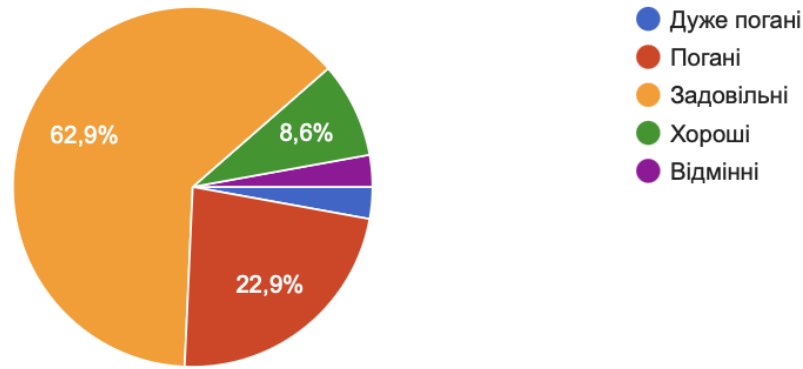


Рис. 3.8. Оцінка за умовами праці %

На запитання про типові труднощі, що суттєво впливають на роботу лікарів, більшість з них повідомила про чинник кількості пацієнтів (88,6), нестачі в ресурсах та обладнанні – 77,1%, та складнощі в процесі діагностики – 68,6%. Зокрема, значна кількість лікарів повідомляли про відсутність в лікарні необхідних лабораторних методів діагностики типу МРТ та окремих категорій лікарських препаратів.

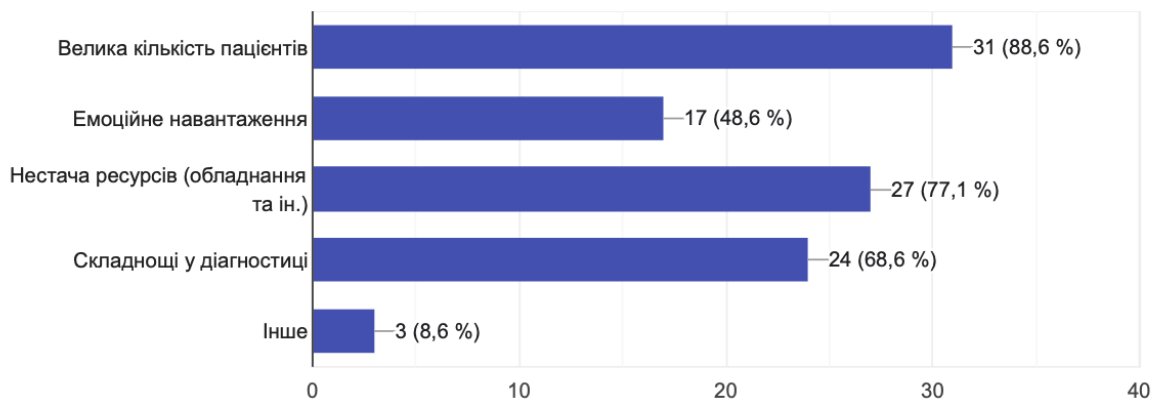


Рис. 3.9. Труднощі при роботі %

Далі ми перейшли до математико-статистичного аналізу та перевірки сформованих гіпотез дослідження.

Перший блок гіпотез стосувався того, які існують зв'язки між різними змінними емоційного вигорання (емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція досягнень) та змінними тривоги та депресії, оцінки якості життя.

Першим етапом був застосований критерій кореляції Пірсона з метою визначення наявності зв'язків між різними змінними, їх напрямків та сили.

Таблиця 3.4.

**Коефіцієнти кореляції між шкалами емоційного вигорання, тривоги, депресією, оцінкою якості життя**

Correlation Matrix		Виснаження	Деперсоналізація	Редукція досягнень	Депресія	Тривога	Оцінка життя
Виснаження	Pearson's r	—					
	df	—					
	p-value	—					
Деперсоналізація	Pearson's r	0.418	—				
	df	35	—				
	p-value	0.010	—				
Редукція досягнень	Pearson's r	0.244	0.226	—			
	df	35	35	—			
	p-value	0.146	0.179	—			
Депресія	Pearson's r	0.381	-0.081	-0.482	—		
	df	35	35	35	—		
	p-value	0.020	0.633	0.003	—		
Тривога	Pearson's r	-0.307	0.064	-0.222	-0.216	—	
	df	35	35	35	35	—	
	p-value	0.064	0.705	0.186	0.198	—	
Оцінка життя	Pearson's r	-0.620	-0.443	-0.442	-0.283	0.309	—
	df	35	35	35	35	35	—
	p-value	<.001	0.006	0.006	0.089	0.063	—

Встановлено позитивний кореляційні зв'язок  $r=0.381$  що вказує на середній позитивний зв'язок між змінними емоційного виснаження та депресивними проявами. Це означає, що з підвищенням рівня депресії спостерігається тенденція до зростання емоційного виснаження. Значення  $p=0.020$  свідчить про статистичну значущість цього зв'язку, при  $p<0.05$ . З цього виходить, що депресивні прояви є чинником в структурі емоційного вигорання лікарів.

Також відзначено позитивний зв'язок ( $r=0.309$ ) між змінними оцінки якості життя та тривоги, однак  $p=0.063$  не є статистично значущим на рівні 0.05, хоча близьке до цієї межі, що може свідчити про потенційний зв'язок.

Значення  $r=-0.482$  вказує на середню негативну кореляцію між депресією та редукцією досягнень, отже з підвищенням рівня депресії спостерігається тенденція до зниження досягнень. Іншими словами, лікарі з вищими показниками депресії, як правило, демонструють нижчі результати в професійних досягненнях.

Значення оцінки життя та емоційним виснаженням  $r=-0.620$  що вказує на сильну негативну кореляцію між змінними. Значення  $p<0.01$  свідчить про високий рівень статистичної значущості зв'язку. Можна констатувати, що з погіршенням оцінки якості життя спостерігається тенденція до зростання емоційного виснаження. Респонденти з нижчою оцінкою життя демонструють вищі рівні емоційного вигоряння. Також варто зазначити, що всі складові емоційного вигоряння мають статистично помірно-сильний негативний зв'язок.

Далі з метою оцінки як незалежні змінні впливають на залежні було застосовано лінійний регресійний аналіз.

Таблиця 3.5.

### Вплив редукції досягнень на рівень тривоги та депресії

Model Coefficients - Редукція досягнень

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	45.260	3.428	13.20	<.001
Тривога	-0.646	0.268	-2.41	0.022
Депресія	-1.149	0.294	-3.91	<.001

Значення  $t=-2.41$  свідчить про те, що тривога має негативний вплив на редукцію досягнень. Отже, зростання рівня тривоги асоціюється зі зниженням досягнень. Показник  $p=0.022$  менший за 0.05, що підтверджує статистичну значущість цього зв'язку. З цього виходить, що тривога є важливим чинником, що впливає на професійні досягнення лікарів.

Значення  $t=-3.91$  вказує на ще більш сильний негативний вплив депресії на редукцію досягнень. Це означає, що підвищення рівня депресії суттєво асоціюється

зі значним зниженням досягнень. Показник  $p < 0.001$  свідчить про високу статистичну значущість цього зв'язку.

Отже, результати лінійної регресії підтверджують, що як тривога, так і депресія негативно впливають на редукцію досягнень у лікарів. Вищі рівні тривоги та депресії статистично-пов'язані з нижчими показниками професійних досягнень.

Таблиця 3.6.

### Вплив деперсоналізації на рівень тривоги та депресії

Model Coefficients - Деперсоналізація

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	14.9089	2.683	5.556	<.001
Тривога	0.0589	0.210	0.281	0.781
Депресія	-0.0928	0.230	-0.403	0.689

Значення  $t=0.281$  свідчить про відсутність суттєвого зв'язку між деперсоналізацією та рівнем тривоги. Показник  $p=0.781$  значно перевищує 0.05, що свідчить про відсутність статистичної значущості.

Значення  $t=-0.403$  також вказує на слабкий зв'язок між деперсоналізацією та депресією. Показник  $p < 0.689$  свідчить про відсутність статистичної значущості, оскільки значення перевищує 0.05. Це означає, що рівень деперсоналізації не має суттєвого впливу на рівень депресії.

Таблиця 3.7.

### Вплив емоційного виснаження на рівень тривоги та депресії

Model Coefficients - Виснаження

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	30.552	4.114	7.43	<.001
Тривога	-0.483	0.322	-1.50	0.143
Депресія	0.739	0.353	2.09	0.044

Значення  $t=-1.50$  свідчить про те, що емоційне виснаження має негативний вплив на рівень тривоги, але цей вплив не є статистично значущим. Показник

$p=0.143$  перевищує  $0.05$ , що вказує на відсутність суттєвого зв'язку між цими змінними.

Значення  $t=2.09$  вказує на позитивний зв'язок між емоційним виснаженням і рівнем депресії. Показник  $p<0.044$  свідчить про статистичну значущість цього зв'язку, оскільки є меншим за  $0.05$ .

Отже, результати лінійної регресії показали, що вищі рівні тривоги та депресії статистично-пов'язані з нижчими показниками професійних досягнень. Разом з тим деперсоналізація не має значного впливу на рівень тривоги та депресії. Емоційне виснаження має суттєвий вплив на рівень депресії, тоді як вплив на рівень тривоги не є статистично значущим.

Другий блок гіпотез стосувався того, які існують чинники впливу робочого процесу та емоційного вигоряння лікарів.

Гіпотеза 1: Чим більше робочих годин на день, тим вищий рівень емоційного вигоряння у лікарів.

Гіпотеза 2: Чим більше робочих днів на тиждень, тим вищий рівень емоційного вигоряння у лікарів.

Для цього знову було застосовано метод лінійної регресії.

Таблиця 3.8.

### Вплив робочих чинників на емоційне вигоряння

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept <sup>a</sup>	29.00	1.04	28.01	<.001
Робочі дні:				
6-7 – 4-5	-3.66	1.65	-2.21	0.034
Робочі години:				
12-15 – 8-1	8.51	1.71	4.96	<.001
7-8 – 8-1	5.83	2.29	2.55	0.016
11-12 – 8-1	2.38	1.77	1.35	0.187

Значення  $t=-2.21$  вказує на те, що існує негативний зв'язок між кількістю робочих днів на тиждень і рівнем емоційного вигоряння. Це може свідчити про те, що збільшення робочих днів сприяє накопиченню стресу, втоми та призводить до

вигорання. р-значення менше за 0.05, що свідчить про статистичну значущість результату. Таким чином можемо стверджувати, що між кількістю робочих днів на тиждень і емоційним вигорянням існує реальний зв'язок.

Стосовно кількості робочих годин на добу та вигорянням також було встановлено статистично-значущі значення. Існує позитивний зв'язок між кількістю робочих годин та рівнем емоційного вигоряння. Позитивне значення t свідчить про те, що вища кількість робочих годин асоціюється з більшим рівнем емоційного вигоряння. У респондентів що працюють 12-15 годин на добу встановлено високе значення  $t=4.96$  що свідчить про значний позитивний зв'язок.

Аналіз дисперсії ANOVA (табл. 3.9.) підтвердив отриманий результат регресії за змінною кількості робочих годин на добу та емоційного вигоряння. Значення  $F=6.26$  вказує на те, що існує статистично значущий вплив кількості робочих годин на емоційне вигоряння. Високе F-значення вказує на те, що варіації у рівні емоційного вигоряння можна пояснити змінами в кількості робочих годин. Чим більше F-значення, тим більш ймовірно, що спостережувані відмінності в емоційному вигорянні між групами (з різною кількістю робочих годин) не є випадковими. Це свідчить про статистичну значущість результату. В такому випадку ми можемо стверджувати, що кількість робочих годин має статистично-значущий вплив на рівень емоційного вигоряння лікарів.

Таблиця 3.9.

#### Аналіз дисперсії кількості робочих годин на добу та емоційного вигоряння

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Робочі години	293	3	97.6	6.26	0.002
Residuals	514	33	15.6		

Таким чином, результати лінійної регресії та аналізу дисперсії підтверджують, що кількість робочих годин у діапазоні 12-15 годин має значний позитивний вплив на рівень емоційного вигоряння лікарів. Збільшення кількості

робочих днів на тиждень призводить до підвищення рівня емоційного вигоряння лікарів.

Третій блок гіпотез – чинник досвіду роботи з постраждалими внаслідок бойових дій та показниками вигоряння. Ми припустили, що лікарі з більшим стажем роботи в даною категорією пацієнтів будуть мати вищі показники емоційного вигоряння. З цією метою було застосовано ANOVA (аналіз дисперсії), що дозволяє порівнювати середні значення емоційного вигоряння між кількома групами лікарів, які мають різний стаж роботи з пацієнтами постраждалими внаслідок війни (0,5-1, 1-2, 2 роки та більше).

Результати представлено в табл. 3.10.

Таблиця 3.10.

#### Аналіз дисперсії стажу роботи з потерпілими та емоційного вигоряння

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Стаж з потерпілими	170	2	84.9	4.53	0.018
Residuals	637	34	18.7		

Значення  $F=4.53$  та  $p=0.018$  вказує на те що існує статистично значущий зв'язок між стажем роботи та рівнем емоційного вигоряння, а з цього виходить, що лікарі з різним досвідом роботи мають різні рівні емоційного вигоряння. У респондентів з більшим досвідом роботи з даною категорією пацієнтів збільшується рівень вигоряння.

Резюмуючи, в результаті емпіричного дослідження встановлено зв'язки між різними змінними емоційного вигоряння (емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція досягнень) та змінними тривоги та депресії, оцінки якості життя. Такі чинники як кількість робочих годин на добу та днів на тиждень – впливають на рівень вигоряння. Стаж роботи з постраждалими внаслідок бойових дій також має статистично-значущий вплив на розвиток на динаміку синдрому емоційного вигоряння лікарів.

### 3.2. Обґрунтування та зміст групи для синдрому емоційного вигорання у лікарів

#### Теоретичне підґрунтя

Синдром емоційного вигорання є серйозним викликом для медичних працівників, які працюють з пацієнтами що постраждали внаслідок бойових дій. В цьому контексті важливість впровадження ефективних терапевтичних та профілактичних заходів стає надзвичайно актуальною.

Перші кроки на шляху до корекції синдрому емоційного вигорання – його ідентифікація та оцінка, що включає своєчасне вимірювання самопочуття фахівця та оптимізація нормативного навантаження. Подальші втручання з метою корекції СЕВ можливо класифікувати на дві основні категорії: втручання зосереджені на окремих особах (застосування індивідуальних або групових терапевтичних втручань) і організаційні, тобто заходи на рівні закладу охорони здоров'я (впровадження програм підтримки, тренінгу навичок, а також заходи що сприяють сприятливому психологічному клімату в колективі).

Загальна для всіх спеціальностей корекційна програма синдрому емоційного вигорання повинна включати три етапи: підготовчий (початковий), основний і завершальний. На підготовчому етапі проводиться діагностика СЕВ, а також особливостей особистості працівника. На основному етапі співробітники, які мають позитивну мотивацію на подолання вигорання, беруть участь в психологічному тренінгу, який є основним компонентом корекційної програми. Тренінгові заняття мають містити психоосвітній компонент у вигляді лекцій та семінарів, спрямованих на розширення уявлень про синдром вигорання, стадії його розвитку, причини виникнення, наслідки. На завершальному етапі тренінгу плануються дії що спрямовані на формування позитивного ставлення до дійсності, через переоцінку ірраціональних переконань.

Розглядаючи синдром емоційного вигорання як процес, що виявляється у симптомах емоційного, когнітивного виснаження, фізичної втоми, особистої відстороненості та зниження задоволення виконанням роботи, важливо оцінювати

його етапи з позиції соціально-психологічної адаптації. У зв'язку з цим всі профілактичні заходи доцільно ґрунтувати на сукупності соціальних, психологічних та медичних заходів. Базуючись на біопсихосоціальній парадигмі та принципах індивідуального підходу, допомога особам, у яких виявляються ознаки вигоряння або перебувають у зоні ризику, має плануватися комплексно в психопрофілактичних (тематичних) або психокорекційних групах.

#### Обґрунтування формату тренінгу

Обраний формат групового тренінгу має унікальні можливості порівняно з індивідуальною терапією, оскільки в ході групи створюється неповторне середовище, яке і має психотерапевтичний ефект, враховуючи кількість учасників. Сама група, володіючи потенціалом, сприяє виявленню проблем, їх усвідомленню, прийняттю та наступному пошуку варіантів подолання складних ситуацій, являючись своєрідним дзеркалом, в якому учасники бачать свої проблеми через призму проблем інших людей. Для члена групи реакції інших учасників є найбільш цінними, ніж негативні чи позитивні відгуки людей, що знаходяться за межами цієї спільноти.

#### Обґрунтування методів тренінгу

На сьогодні існує декілька основних методів та підходів, що мають статистично-доказову базу ефективності в корекції та профілактиці емоційного вигоряння лікарів. Зокрема, в тренінгу планується застосування наступних методів.

Когнітивно-поведінкова терапія. КПТ є одним із найбільш вивчених підходів в терапії СЕВ. Дослідження показують, що КПТ сприяє зменшенню симптомів вигоряння у лікарів на 30-50% (Holland et al., 2019). Характерною особливістю КПТ є використання комплексної моделі, що пояснює не лише розвиток, але й підтримуючі фактори емоційного вигоряння, що становлять повторювальний цикл «думка-емоція-фізіологічна реакція-поведінка». Як правило, вони базуються на теорії навчання/аналізі поведінки та/або теорії обробки когнітивної інформації. Теоретична основа КПТ базується на припущенні, що синдром емоційного вигорання є наслідком тривалих стресових фізіологічних реакцій і недостатніх

ресурсів для емоційного відновлення, що є характерним для лікарів які працюють з потерпілими внаслідок бойових дій в умовах війни.

Mindfulness. Практика усвідомленості (MBSR) – це восьмитижнева поведінкова програма та навчальний курс, який пропонує техніки медитації (зокрема, усвідомлене усвідомлення повсякденної діяльності та спілкування), сканування тіла та прості вправи йоги. MBSR було описано як «групова програма, яка зосереджена на практиці усвідомленого усвідомлення усвідомленості». Хоча ряд терапевтичних втручань можуть включати методи усвідомленості, саме програма MBSR є доказовою формою навчання усвідомленості, яка має статистично-достовірні дані щодо профілактики та корекції емоційного вигорання на сьогоднішній день. Дослідження показали, що MBSR сприяє зниженню рівня стресу, емоційного виснаження і покращує навички емпатії серед медичних працівників (Cohen et al., 2005).

Раціонально-емотивна терапія (РЕТ). Зростає кількість досліджень направлених на впровадження терапевтичних групових програм на робочому місці, засновані на РЕТ, що показали ефективні показники в покращенні загального психологічного здоров'я медичних співробітників.

Описані результати досліджень та аналіз розроблених методів профілактики та корекції синдрому емоційного вигорання у представників різних медичних спеціальностей відображають актуальність розробки інтегративної програми корекції СЕВ, яка враховує різні сфери професійної діяльності, культурні та особистісні особливості спеціаліста, характер та специфіку його діяльності. Даний огляд використання таких методів/підходів, як КПТ, MBSR, АСТ та ін, показав, що проведення групових програм в поєднанні з організаційною підтримкою закладу охорони здоров'я потенційно значно знижують ризик вигорання серед лікарів. Профілактика, терапія та реабілітація при СЕВ має бути першочергово орієнтована на покращення: умов праці – на організаційному рівні; характеру взаємин всередині колективу – на міжособистісному рівні; особистісних реакцій – на індивідуальному рівні.

У зв'язку з цим виникає очевидна необхідність впровадження комплексу ряду заходів щодо збереження та зміцнення психічного здоров'я лікарів. Інтеграція даних підходів у практику медичних установ може суттєво підвищити психологічне благополуччя лікарів і, як наслідок, ефективність надання медичної допомоги.

#### Мішені тренінгу

Загалом завдання полягають у зниженні рівня тривоги за рахунок усвідомлення її причин, зміни ставлення до професійних ситуацій, формування адаптивних патернів поведінки та навчання методам релаксації; заміну неконструктивних переконань конструктивними; в оволодінні навичками грамотного розподілу часу та цілепокладання; у зміні образу професійного функціонування з упором на наявні навички та ресурси, а також у підвищенні якості життя.

#### Тривалість тренінгу

Запланована кількість зустрічей – 8 занять по 120 хвилин. Ця кількість покриває мінімальні протокольні вимоги до проведення тренінгів зокрема у напрямі когнітивно-поведінкової терапії.

#### Структура тренінгу

№ заняття	Тема заняття
1	Вступ до тренінгу
2	Відносини лікар – пацієнт
3	Емпатія, конгруентна поведінка лікаря
4	Комунікація з пацієнтами. Усвідомлення своїх почуттів та переживань при взаємодії з людьми – частина 1
5	Комунікація з пацієнтами. Усвідомлення своїх почуттів та переживань при взаємодії з людьми – частина 2
6	Поняття про структурування часу. Тайм-менеджмент
7	Знаходження ресурсів та інші способи корекції синдрому емоційного вигорання
8	Висновки та рефлексія

#### Заняття №1

1. Знайомство, обговорення та узгодження групових правил. Ознайомлення учасників з основними засадами КПТ. З'ясування очікувань учасників від групової терапії.

2. Вправа на усвідомлення особливостей формування відносин учасників групи з колегами на роботі, пацієнтами, а також з їх близьким оточенням. Проводиться проєктивний рисунковий тест для оцінки внутрішньогрупових ролей та характеру міжособистісної взаємодії, аналіз одержаних результатів.

3. Дискусія на тему «Причини, що призводять до виникнення синдрому емоційного вигоряння», під час якої учасники викладають свої власні уявлення про етіології вигоряння з опорою на особистий досвід.

4. Проведення вправи на переключення, зосередження та занурення «Океан» для фахівців із синдромом емоційного вигоряння.

5. Формулювання домашнього завдання. Учасникам пропонується ведення щоденника думок, до якого заносяться відомості про те, які почуття та емоції виникають в процесі взаємодії з пацієнтами під час робочого дня, що дозволяє відстежувати типові думки та почуття, що виникають у робочому процесі.

Заповнення щоденника думок здійснюється за схемою:

ДАТА І ЧАС <i>коли в мене погіршилось емоційне самопочуття?</i>	СИТУАЦІЯ <i>описати: події (що саме відбувалось, коли погіршився настрій) та/або потік думок, які призвели до погіршення настрою</i>	ЕМОЦІЯ (І) <i>яку емоцію я відчувала (смуток, тривога, злість, страх) оцінити силу емоції (-й) від 0 – 100</i>	АВТОМАТИЧНІ ДУМКИ <i>написати, які думки промайнули у мене в голові як раз перед тим, як виникла ця емоція для кожної думки оцінити на скільки я вірила в неї в той момент від 0 - 100%</i>

## Заняття №2

1. Короткий звіт про досвід ведення записів щоденника та аналіз змісту записів.

Розбір «щоденника думок», включає емпіричну перевірку стану (техніка КПТ, спрямована на пошук альтернативного вирішення проблеми та заперечення негативних (автоматичних) думок чи аргументів), використання техніки позитивної уяви, для моделювання оптимального варіанту вирішення ситуації.

2. Вправа «дискусія між суперечливими тенденціями», також є технікою КПТ, що дозволяє фахівцям уявити себе в ролі пацієнтів, відчувати їх емоції. Мета вправи: налагодження комунікації між лікарем та пацієнтом, а також покращення взаєморозуміння з колегами. Обговорення з використанням зворотного зв'язку від інших учасників групи.

3. Групова дискусія, розбір основної теми заняття «Відносини лікар – пацієнт». Аналізуються ірраціональні установки та зобов'язання. Проводиться калібрування емоцій, що виникають.

4. Проведення вправи на переключення, зосередження та занурення «Океан».

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

### Заняття №3

1. Звіт учасників про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів.

2. Вправа «Уміння слухати та запам'ятовувати». Обговорення з використанням зворотного зв'язку, який включає оцінку почуттів (техніка КПТ, що дозволяє визначити рівень власної тривожності та спрямована на формування навички об'єктивної оцінки емоцій, регулювання їх вираженості та динаміки).

3. Групова дискусія, аналіз основної теми заняття – «Емпатія, конгруентна поведінка лікаря» з використанням прийомів рефреймінгу, зміни дисфункціональних думок та переконань, формування альтернативних способів мислення. Зокрема, аналізується робочий процес, взаємодія спеціаліста з пацієнтами, ефективність комунікації, прояви та здатність фахівця до емпатії, особисте ставлення до проблеми відповідальності пацієнтів за своє здоров'я.

4. Проведення вправи на переключення, зосередження та занурення «Океан».

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

#### Заняття №4

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів.

2. Вправа «Усвідомлення витіснених почуттів», призначена для виявлення та усвідомлення своїх прихованих негативних емоційних станів.

3. Групова дискусія, розбір основної теми заняття «Комунікація з пацієнтами. Усвідомлення своїх почуттів та переживань при взаємодії з хворими людьми». Під час дискусії застосовується метод КПТ – практика формування впевненості в собі та своїх здібностях, що сприяє підвищенню самооцінки та впливає на компонент вигорання «редукція особистісних досягнень».

4. Проведення вправи на переключення, зосередження та занурення «Океан».

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

#### Заняття №5

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів.

2. Вправа «Відображення та коригування почуттів», спрямована на експресивне вираження пригнічених емоцій. У ході проведення вправи застосовується техніка КПТ – емпірична перевірка, яка включає способи, що допомагають знайти раціональне рішення та заперечити негативні думки та аргументи.

3. Продовження теми групової дискусії: «Комунікація з пацієнтами. Усвідомлення своїх почуттів при взаємодії із хворими людьми». Розвиток теми включає аспекти ефективності міжособистісних відносин.

4. Проведення вправи на переключення, зосередження та занурення «Океан».

5. Формулювання домашнього завдання – продовження ведення щоденника думок із застосуванням нових навичок.

#### Заняття №6

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів.

2. Вправа «Перетворення негативних емоцій на позитивні», в час вправи застосовується техніка КПТ «позитивна уява», яка допомагає уникати негативних уявлень та негативних думок, формулюючи позитивні конструкти.

3. Групова дискусія, аналіз основної теми заняття «Поняття про структурування часу» – «тайм-менеджмент» з використанням зворотного зв'язки учасників групи. Учасники навчаються навичкам структурування часу, планування та рівномірного розподілу справ протягом свого робочого дня, що сприяє збільшенню толерантності до стресових навантажень.

4. Проведення вправи на переключення, зосередження та занурення «Океан».

5. Формулювання домашнього завдання – продовження ведення щоденника думок із застосуванням техніки позитивної уяви.

#### Заняття №7

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів.

2. Вправа «Знаходження ресурсів», яка допомагає знайти та усвідомити наявні особистісні ресурси та розглянути особливості їх застосування у своїй роботі. Учасники відповідають на спеціально розроблені питання. Відповіді калібруються за допомогою 10-бальної шкали та заносяться до щоденника, який фахівці вели протягом усього часу групової роботи.

3. Групова дискусія, розбір основної теми заняття «Способи корекції емоційного вигоряння», у ході якої учасники пропонують ефективні засоби, застосовувані ними раніше та в ході проходження тренінгу для подолання синдрому вигоряння.

4. Проведення вправи на переключення, зосередження та занурення «Океан».

5. Формулювання домашнього завдання – продовження ведення щоденника думок, з додаванням калібрувальних технік.

#### Заняття №8

1. Звіт про домашнє завдання та аналіз змісту щоденникових записів.

2. Вправа «Отримання задоволення від виконання професійної діяльності», спрямована на закріплення та інтеграцію нового отриманого емоційного, когнітивного та поведінкового досвіду.

3. Групова дискусія, обговорення результатів терапії, зворотний зв'язок від учасників про успішність формування нових принципів та способів організації професійної діяльності, зміні емоційного стану, когнітивних оцінок, поведінкових стереотипів. Заключне слово ведучого, що узагальнює індивідуальні та загальногрупові результати психотерапевтичної роботи.

4. Проведення вправи на переключення, зосередження та занурення «Океан».

5. Формулювання подальших планів, пов'язаних із професійною діяльністю

### Висновки до розділу 3

В результаті аналізу та інтерпретації отриманих результатів емпіричного дослідження було підтверджено сформульовані гіпотези. Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між емоційним виснаженням та депресивними проявами, що свідчить про середній позитивний зв'язок між цими змінними. З підвищенням рівня депресії спостерігається тенденція до зростання емоційного виснаження, при цьому зв'язок є статистично значущим ( $p=0.020$ ,  $p<0.05$ ). Це підтверджує, що депресивні прояви є важливим чинником у структурі емоційного вигорання лікарів. Окрім того, зафіксовано негативну кореляцію між депресією та редукцією досягнень, що свідчить про зниження професійних досягнень у лікарів із вищими показниками депресії. Тобто, з підвищенням рівня депресії спостерігається зниження результатів у професійній діяльності.

Результати лінійної регресії підтвердили, що як тривога, так і депресія негативно впливають на редукцію досягнень у лікарів. Вищі рівні тривоги та депресії статистично-пов'язані з нижчими показниками професійних досягнень.

Встановлено, що вищі рівні тривоги та депресії статистично-пов'язані з нижчими показниками професійних досягнень. Разом з тим деперсоналізація не має значного впливу на рівень тривоги та депресії. Емоційне виснаження має суттєвий

вплив на рівень депресії, тоді як вплив на рівень тривоги не є статистично значущим.

Результати лінійної регресії та аналізу дисперсії підтверджують, що кількість робочих годин у діапазоні 12-15 годин має значний позитивний вплив на рівень емоційного вигоряння лікарів. Збільшення кількості робочих днів на тиждень призводить до підвищення рівня емоційного вигоряння лікарів.

## ВИСНОВКИ

Синдром емоційного вигорання – багатокомпонентний стан, що проявляється емоційним виснаженням, деперсоналізацією і редукцією професійних досягнень, що викликане інтенсивною міжособистісною професійною взаємодією з пацієнтами, яка супроводжується емоційною насиченістю та когнітивним навантаженням.

Традиційні фактори, що викликають вигорання, представлені зовнішніми та внутрішніми. Зовнішні фактори включають умови праці, організаційну культуру та психологічний фон в колективі. Напружений робочий графік, несприятливий психологічний фон з боку колег, а також недостатнє визнання досягнень – можуть сприяти зростанню стресу та, як наслідок, призводити до вигорання. Організаційні умови можуть суттєво вплинути на продуктивність і психологічне благополуччя фахівців. Внутрішні фактори – індивідуальні характеристики фахівців. Дослідження показують, що особистісні риси, хоч і мають меншу доказову базу емпіричних даних, впливають на ймовірність та вираженість вигорання. Наприклад, особи з низьким рівнем самооцінки, зовнішнім локусом контролю, низьким рівнем стресостійкості – більш схильні до виникнення емоційного вигорання.

При вигоранні можна відзначити зміни: на поведінковому рівні – часті запізнення, зниження/відсутність творчих підходів до вирішення проблем, уникнення колег, збільшення вживання психоактивних речовин; на емоційному рівні – підвищена дратівливість, гнів, почуття образи, невдачі, втрата почуття гумору; на когнітивному рівні – все частіше виникають думки про те, щоб залишити роботу, людина не може сконцентрувати увагу, посилюється почуття підозрливості та недовірливості; на фізичному рівні – швидка стомлюваність, втома, часті незначні хвороби, порушення сну, психічного та соматичного здоров'я.

В результаті проведеного емпіричного дослідження було підтверджено сформульовані гіпотези. Встановлено зв'язки між різними змінними емоційного

вигоряння (емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція досягнень) та змінними тривоги та депресії, оцінки якості життя. Такі чинники як кількість робочих годин на добу та днів на тиждень – впливають на рівень вигоряння. Стаж роботи з постраждалими внаслідок бойових дій також має статистично-значущий вплив на розвиток на динаміку синдрому емоційного вигоряння лікарів.

Описана тренінгова програма встановила завдання у зниженні рівня тривоги за рахунок усвідомлення її причин, зміни ставлення до професійних ситуацій, формування адаптивних патернів поведінки та навчання методам релаксації; заміну неконструктивних переконань конструктивними; в оволодінні навичками грамотного розподілу часу та цілепокладання; у зміні образу професійного функціонування з упором на наявні навички та ресурси, а також у підвищенні якості життя. Розроблена програма може бути ефективною для лікарів, які стикаються з емоційним вигорянням, оскільки вона включає методи релаксації, управління стресом та зміни професійного образу функціонування, що дозволяє знижувати рівень вигоряння та покращувати професійну ефективність.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Вип. 6, № 2 . С. 28-33.
2. Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. *Psychological Prospects Journal*. 2020. С. 37-48.
3. Бондарев Г.В., Круть П.П. Основи військової психології : навч. посіб. Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272с.
4. Вежновець, Т.А. Дослідження задоволеності працею та синдром вигорання у медичних працівників. *ScienceRise. Medical science*, (2). 2017. С. 36-40.
5. Вежновець Т.А., Парій В.Д. Особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників з різними типами трудової мотивації. *Медичні перспективи*, 21(2). 2016. С. 127-132.
6. Вежновець Т. А., Парій В.Д. Синдром емоційного вигорання в медичних працівників хірургічних відділень із позиції кадрового менеджменту. Україна. *Здоров'я нації*, 1-2. 2016. С. 41-47.
7. Громотсева О. Уявлення про професійне вигорання медичних працівників та дослідження його феноменології. *European journal of management issues*, 27(3-4). 2019. С. 63-72.
8. Демидюк В. М., Пілат М. С. Психологічні чинники запобігання емоційному вигоранню військовослужбовців в умовах довготривалих збройних конфліктів. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». *Серія «Психологія»* : науковий журнал. 2021. № 12. С. 102–106.
9. Демидюк В.М., Пілат М.С. Психологічні чинники запобігання емоційному вигоранню військовослужбовців в умовах довготривалих збройних конфліктів. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». *Серія «Психологія»* : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, січень 2021. № 12. С. 102-106.

10. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR. Львів: Видавництво “Компанія “Манускрипт”, 2024. 592 с.
11. Драна, Ю.Ю. Динаміка емоційного вигорання медичних працівників приватної клініки до та під час воєнного стану. 2022.
12. Запобігання виникненню синдрому професійного вигорання та синдрому емоційного вигорання – шлях до збереження психічного здоров'я. Методичні рекомендації. Миколаїв. 2020. URL.: [http://dspace.mnau.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/7932/1/Zipobihannia%20vynyknenniu%20syndromu\\_Ruryk.Pdf](http://dspace.mnau.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/7932/1/Zipobihannia%20vynyknenniu%20syndromu_Ruryk.Pdf) (дата звернення: 10.10.2024).
13. Знанецька О.М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Вісник Дніпропетровського університету. *Серія «Педагогіка і психологія»*. 2013. Вип. 19. С. 80–87.
14. Знанецька О.М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Вісник Дніпропетровського університету. *Серія «Педагогіка і психологія»*. 2013. Вип. 19. С. 80–87.
15. Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медсестринство*. 2019. № 3. С. 39 – 41.
16. Куліш О.В., Сіпко Л.О. Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (1). 2022. С. 32-36.
17. Лефтеров В., Гуцол В., Лефтерова Є. Профілактика емоційного вигорання лікарів засобами симуляційних та психологічних тренінгів. *Клінічна анестезіологія, інтенсивна терапія та медицина невідкладних станів*. 2024. № 1. С. 61–68.
18. Лисенко, О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології*, 1. 2016. С. 61-65.
19. Лотоцька-Голуб Л. Л. Соціально-психологічні чинники резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів: дис. канд. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2016. 258с.

20. Маляр-Газда, Н. М. Емоційне вигорання-актуальна проблема медицини сьогодні. *Проблеми клінічної педіатрії*, (3). 2015. С. 27-31.
21. Мудренко І.Г., Потапов О.О., Сотніков Д.Д., Свириденко Д.Ю., Юрченко В.С. Формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників різних спеціальностей. 2016.
22. Особистісні характеристики, що сприяють професійному вигоранню лікарів швидкої та невідкладної допомоги / І. А. Нагорний, Є. Г. Халімов, Д. М. Остапенко [та ін.] // Матеріали XIII Міжнародних Пригожинських читань (назустріч 100-річчю з дня народження І. Р. Пригожина), 2 черв. 2017 р. Одеса, 2017. С. 286–288.
23. Рудім Н.С. Специфіка емоційного вигорання медичних працівників в умовах війни. *Психологічні читання* : зб. матеріалів ІХ наук.-практ. конф. молод. вчених (м. Харків, 1 груд. 2023 р.) : у 2-х т. / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Каф. соц. та психол., Наук. парк «Наука та безпека». Харків : ХНУВС, 2023. Т. 1. С. 173-174.
24. Adler A., Adrian A., Hemphill M., Scaro N., Thomas J. Professional Stress and Burnout in U.S. Military Medical Personnel Deployed to Afghanistan. *Military Medicine*. 2017. Vol. 182, Issue 3-4. P. 1669-1676.
25. Aguwa E.N., Udeh S.O., Onwasigwe C.N. Workplace burnout and psychological health of military personnel in a Nigerian barrack. *Nigerian Journal of Medicine*, 31(3). 2022. P. 302-308.
26. Alhaffar B. A., Abbas G., Alhaffar A.A. The prevalence of burnout syndrome among resident physicians in Syria. *Journal of occupational medicine and toxicology*, 14. 2019. P. 1-8.
27. Ballenger-Browning K.K., Schmitz K.J., Rothacker J.A., Hammer P.S., Webb-Murphy J.A., Johnson D.C. Predictors of burnout among military mental health providers. *Military medicine*, 176(3). 2011. P. 253-260.

28. Ballenger-Browning K.K., Schmitz K.J., Rothacker J.A., Hammer P.S., Webb-Murphy J.A., Johnson D.C. Predictors of burnout among military mental health providers. *Military medicine*, 176(3). 2011. P. 253-260.
29. Brečka T.A., Vňuková M., Raboch J., Ptáček R. Burnout syndrome among medical professionals: looking for solutions. *Activitas Nervosa Superior*, 60. 2018. P. 33-39.
30. de Paiva L. C., Canário A.C.G., de Paiva China E.L.C., Gonçalves A.K. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*, 72. 2017. P. 305-309.
31. Freedman S.A., Mashiach T. Shared trauma reality in war. Mental health therapists' experience. No 13(3). 2018.
32. Freudenberg. «Staff Burn-Out». *Journal of Social Issues* (A Journal of the Society for the Psychological Study of Social Issues). Vol.30, is.1. 1974. P.159–165,
33. Goto R., Guerrero A., Speranza M., Fung D., Paul C., Skokauskas N. War is a public health emergency. *Lancet*. 2022. No 399. P. 1302.
34. Greenberg, P. J. Valletutti, «Stress and Helping Professions». P.H. Brookes Publishing Company. 1980.
35. Hanushchak-Yefimenko L.M., Halavska L., Baula O., Arabuli S. Problems of professional burnout of scientific and pedagogical workers institutions of higher education in the conditions of war and ways to solve them. *Менеджмент*. 2023.
36. Hosseini SM, Hesam S, Hosseini SA. Burnout among Military Personnel: A systematic Review. *Iran J Psychiatry*. 2023. 18(2). P. 213-236.
37. ICD-11. URL: <https://icd.who.int/en> (дата звернення: 10.10.2024).
38. Jothipala D., Semage S., Balasuriya A. Prevalence and distribution of known associated factors of burnout among military personnel of Sri Lanka Army: a descriptive cross-sectional study. *Military medicine*, 188(11-12). 2023. P. 3583-3590.
39. Kodlubovska T., Kokun O., Piankivska L., Krasnov V., Sirakovska O. Investigations of manifestation of «emotional burning syndrome» peculiarities with doctor in Ukraine *Wiadomości Lekarskie*. 2022. Vol. LXXV. Issue 8 Part 1.

40. Kok B.C., Herrell R.K., Grossman S.H., West J.C., Wilk J.E. Prevalence of professional burnout among military mental health service providers. *Psychiatric Services*, 67(1). 2016. P. 137-140.
41. Kumar, S. Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. In *Healthcare*. Vol. 4, No. 3. 2016. p. 37.
42. Lang G.M., Pfister E.A., Siemens M.J. Nursing burnout: cross-sectional study at a large army hospital. *Military medicine*, 175(6). 2010. P. 435-441.
43. Loskutov O., Markov Y., Maruniak S., Strokan A. (2024). Prevalence of Professional Burnout Among Anesthesiologists During the War in Ukraine: An Observational Study. *Anesthesia & Analgesia*, 139(6). 2024. P. 69-70.
44. Maslach C. M. Job burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*. 2003. Vol. 12. P. C. 189–192.
45. Maslach C. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981. Vol. 2 (2). P. 99–113.
46. Maslach, C. Understanding burnout: Definitional issues in analysing a complex phenomenon. *Job Stress and Burnout*. Beverly Hills: Sage Publ., 1982. P. 29–40.
47. Maslach Ch., Golberg J.. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and preventive Psychology*. Vol. 7. 1998. P. 63–74.
48. Owoc J., Mańczak M., Olszewski R., Shevchuk O., Zaporozhan S., Korda, M. Can War Help in Better Understanding of Burnout Phenomenon? A Cross Sectional Study of Burnout in Ukrainian Medical Staff. *A Cross Sectional Study of Burnout in Ukrainian Medical Staff*.
49. Papovic, S. Professional burnout syndrome. *Materia Socio-Medica*, 21(4). 2009. 213 p..
50. Pinchuk I., Goto R., Pimenova N., Kolodezhny O., Guerrero A., Skokauskas N. Mental health of helpline staff in Ukraine during the 2022 Russian invasion. *European Psychiatry*. No 65(1). 2022.

51. Prudenzi A., Graham C.D., Flaxman P.E., Wilding S., Day F., O'Connor D.B. A workplace Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for improving healthcare staff psychological distress: A randomised controlled trial. *PLoS One*. 17(4). 2022.
52. Rodrigues H., Cobucci R., Oliveira A., Cabral J.V., Medeiros L., Gurgel K., Gonçalves A.K. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 13(11). 2018.
53. Sargent P., Millegan J., Delaney E., Roesch S., Sanders M., Mak H., Mallahan L., Raducha S. Health Care Provider Burnout in a United States Military Medical Center During a Period of War. *Military Medicine*. 2016. Vol. 181. Issue 2, P. 136–142.
54. Summers S.M., Nagy C.J., April M.D., Kuiper B.W., Rodriguez R.G., Jones W.S.. The Prevalence of Faculty Physician Burnout in Military Graduate Medical Education Training Programs: A Cross-Sectional Study of Academic Physicians in the United States Department of Defense. *Mil Med*. 2019. 184(9-10). P. 522-530. URL: 10.1093/milmed/usz055. PMID: 30941415 (дата звернення: 26.09.2024).
55. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part III\Cohen-Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker DM, Deitrick L, Shapiro S. *Holist Nurs Pract*. 2005. P. 78–86.
56. Tsybuliak N., Lopatina H., Shevchenko L., Popova A., Suchikova Y. Burnout and Migration of Ukrainian University Academic Staff During the War. *SAGE Open*, 14(3). 2024.
57. Tsybuliak N., Suchikova Y., Shevchenko L., Popova A., Kovachev S., &Hurenko O. Burnout dynamic among Ukrainian academic staff during the war. *Scientific Reports*, 13(1). 2023.
58. Valeras A.S. Healthcare provider burn-out: A war with uncertainty. *Families, Systems, & Health*. 2020. No 38(1), P. 96–98.

59. Vasudha R., Jagruti P.B., Scott R., Jeffrey M. Reducing Stress and Burnout in Military Healthcare Professionals Through Mind–Body Medicine: A Pilot Program, *Military Medicine*, Vol. 188, Issue 5-6. 2023. P. 1140–1149
60. Vojvodic A.R., Dedic G., Dejanovic S.D. Defense mechanisms and quality of life in military personnel with a burnout syndrome. *Vojnosanitetski pregled*, 76(3). 2019.
61. Walters T., Matthews E., Dailey J. Burnout in Army Health Care Providers. *Military Medicine*. 2014. Vol. 179. Issue 9. P. 1006-1012.

## ДОДАТКИ

## ДОДАТОК А

## Діагностична анкета

<p>Вкажіть, будь ласка, Ваш вік</p> <p><input type="radio"/> 26-35</p> <p><input type="radio"/> 36-45</p> <p><input type="radio"/> 46-55</p> <p><input type="radio"/> 55 +</p>
<p>Вкажіть, будь ласка, Вашу стать</p> <p><input type="radio"/> чоловік</p> <p><input type="radio"/> жінка</p>
<p>Ваша професійна спеціалізація</p> <p>.....</p>
<p>Професійний стаж в медицині</p> <p><input type="radio"/> менше 1 року</p> <p><input type="radio"/> 1-5 років</p> <p><input type="radio"/> 6-10 років</p> <p><input type="radio"/> 11-15 років</p> <p><input type="radio"/> понад 15 років</p>
<p>Яка середня тривалість Вашого робочого дня?</p> <p><input type="radio"/> менше 8 годин</p> <p><input type="radio"/> 8-10 годин</p> <p><input type="radio"/> 11-12 годин</p> <p><input type="radio"/> понад 12 годин</p>

Скільки робочих днів на тиждень Ви зазвичай працюєте?

- 1-3 дні
- 4-5 днів
- 6-7 днів

Чи працюєте Ви з пацієнтами, які постраждали внаслідок бойових дій?

- так
- ні

Як довго Ви працюєте з пацієнтами, які постраждали внаслідок бойових дій?

- менше 6 місяців
- 6 місяців - 1 рік
- 1-2 роки
- понад 2 роки

Оцініть, будь ласка, умови праці у вашій медичній установі

- Дуже погані
- Погані
- Задовільні
- Хороші
- Відмінні

Які основні труднощі ви відчуваєте під час роботи? (оберіть всі варіанти, що підходять)

- Велика кількість пацієнтів
- Емоційне навантаження
- Нестача ресурсів (обладнання та ін.)
- Складнощі у діагностиці
- Інше

## ДОДАТОК Б

## Опитувальник на виявлення професійного вигорання (МВІ)

1. Я відчуваю себе емоційно спустошеним.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

2. Після роботи я відчуваю себе як «вичавлений лимон».

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

3. Вранці я відчуваю втому і небажання йти на роботу.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

4. Я добре розумію, що відчують мої підлеглі і колеги, і намагаюся враховувати це в інтересах справи.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими і колегами як з предметами (без теплоти до них).

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто

- дуже часто
- кожен день

6. Після роботи на деякий час хочеться усамітнитися від усіх і всього.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

7. Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають при спілкуванні з колегами.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

8. Я відчуваю пригніченість і апатію.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

9. Я впевнений, що моя робота потрібна людям.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

10. Останнім часом я став більш «черствим» по відношенню до тих, з ким працюю.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто

- дуже часто
- кожен день

11. Я помічаю, що моя робота робить жорстоким мене.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

12. У мене багато планів на майбутнє, і я вірю в їх здійснення.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

13. Моя робота все більше мене розчаровує.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

14. Мені здається, що я занадто багато працюю.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

15. Буває, що мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими моїми підлеглими і колегами.

- ніколи
- дуже рідко
- інколи
- часто
- дуже часто

- кожен день

16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього і всіх.

- ніколи
- дуже рідко
- іноколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості та співпраці в колективі.

- ніколи
- дуже рідко
- іноколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

18. Під час роботи я відчуваю приємне поживлення.

- ніколи
- дуже рідко
- іноколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.

- ніколи
- дуже рідко
- іноколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

20. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до чого, що радувало мене в моїй роботі.

- ніколи
- дуже рідко
- іноколи
- часто
- дуже часто

- кожен день

21. На роботі я спокійно справляюся з емоційними проблемами.

- ніколи
- дуже рідко
- іноколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

22. Останнім часом мені здається, що колеги і підлеглі все частіше перекладають на мене вантаж своїх проблем і обов'язків.

- ніколи
- дуже рідко
- іноколи
- часто
- дуже часто
- кожен день

## ДОДАТОК В

## Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

- 1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.  
3 Весь час.  
2 Часто.  
1 Час від часу, іноді.  
0 Зовсім не відчуваю.
- 2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.  
0 Безумовно це так.  
1 Напевно, це так.  
2 Лише в дуже малому ступені це так.  
3 Це зовсім не так.
- 3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.  
3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.  
2 Це так, але страх не дуже сильний.  
1 Іноді, але це мене не турбує.  
0 Зовсім не відчуваю.
- 4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.  
0 Безумовно це так.  
1 Напевно, це так.  
2 Лише в дуже малому ступені це так.  
3 Зовсім не здатний.
- 5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.  
3 Постійно.  
2 Велику частину часу.  
1 Час від часу і не так часто.  
0 Тільки іноді.
- 6.Д Я відчуваю бадьорість.  
3 Зовсім не відчуваю.  
2 Дуже рідко.  
1 Іноді.  
0 Практично весь час.
- 7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.  
0 Безумовно це так.  
1 Напевно, це так.  
2 Лише зрідка це так.  
3 Зовсім не можу.
- 8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.  
3 Практично весь час.  
2 Часто.  
1 Іноді.

- 0 Зовсім ні.
- 9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.
- 0 Зовсім не відчуваю.
- 1 Іноді.
- 2 Часто.
- 3 Дуже часто.
- 10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.
- 3 Безумовно це так.
- 2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.
- 1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.
- 0 Я стежу за собою так само, як і раніше.
- 11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.
- 3 Безумовно це так.
- 2 Напевно, це так.
- 1 Лише в деякій мірі це так.
- 0 Зовсім не відчуваю.
- 12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.
- 0 Точно так само, як і зазвичай.
- 1 Так, але не в тій мірі, як раніше.
- 2 Значно менше, ніж зазвичай.
- 3 Зовсім так не вважаю.
- 13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.
- 3 Дуже часто.
- 2 Досить часто.
- 1 Не так уже часто.
- 0 Зовсім не буває.
- 14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.
- 0 Часто.
- 1 Іноді.
- 2 Рідко.
- 3 Дуже рідко.

## Шкала суб'єктивної оцінки якості життя (SWLS)

1. Багато в чому моє життя близьке до мого ідеалу.

Цілком не згоден

Не згоден

Швидше не згоден

Важко відповісти

Швидше згоден

Згоден

Цілком згоден

2. Умови мого життя чудові.

Цілком не згоден

Не згоден

Швидше не згоден

Важко відповісти

Швидше згоден

Згоден

Цілком згоден

3. Я задоволений життям.

Цілком не згоден

Не згоден

Швидше не згоден

Важко відповісти

Швидше згоден

Згоден

Цілком згоден

4. Наразі я отримав те важливе, чого хотів у житті.

Цілком не згоден

Не згоден

Швидше не згоден

Важко відповісти

Швидше згоден

Згоден

Цілком згоден

5. Якби я міг прожити своє життя заново, я б майже нічого не змінив.

Цілком не згоден

Не згоден

Швидше не згоден

Важко відповісти

Швидше згоден

Згоден

Цілком згоден