

**ЧИННИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ У МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ**

ЗАВДАННЯ (ДВОХСТОРОННЄ)

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ	8
1.1. Поняття синдрому “емоційного виснаження”	8
1.2. Основні чинники синдрому “емоційного виснаження”	17
1.3. Психологічні особливості емоційного виснаження медичних працівників.....	21
Висновок до розділу I	25
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ ПРОЯВУ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ В МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ	26
2.1. Характеристика вибірки досліджуваних та етапів експериментального дослідження... ..	26
2.2. Характеристика основних методик дослідження	27
2.3. Аналіз отриманих результатів	35
Висновок до розділу II.....	45
РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ	47
3.1. Подолання та профілактика емоційного виснаження.....	47
3.2. Психологічна саморегуляція – ефективний метод профілактики емоційного виснаження у медичних працівників	50
Висновок до розділу III	52
РОЗДІЛ IV. БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ, ОСНОВИ ОХОРОНИ ПРАЦІ	54
4.1. Безпека життєдіяльності – важливий чинник сталого людського розвитку	54
4.2. Соціально-економічне значення охорони праці	57
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	65
ДОДАТКИ	74

ВСТУП

Актуальність теми. Теперішній надактивний світ дає людині щоразу нові виклики. Щоденні зміни в інформаційному середовищі змушують дедалі частіше аналізувати і вибирати інформацію яка є правильною та достовірною. Стрімкий розвиток технологій веде до нових форм комунікації, видозміна або й підміна принципів і цінностей як моральних, духовних так і постійний рух в сферах буття (соціальной, економічній і політичній) – щоденно має вплив на виконання людиною власних соціально-професійних обов'язків, розуміння власного «Я», та визначення ресурсу особистісного потенціалу. Під цей вплив попадають фізичний та психоемоційний стани. Особистість знаходиться в постійній напрузі, яка провокує ріст рівня хронічного стресу. Така постійна напруга, сприяє відносно швидкому інтенсивному психоемоційному та фізичному виснаженню і призводить до швидкого емоційного вигорання, порушення особистісного добробуту та, як наслідок, погіршення здоров'я особистості.

Масштабність пандемії COVID-19 стає страшенно складним випробуванням як для народу України, так і всього світу. На думку М. Слюсаревського у сучасному нашому суспільстві, в наслідок пандемії, потроху зростає розуміння труднощів пов'язаних з карантинном та їх нерівномірним, несправедливим розподілом. В нашому суспільстві має місце психоемоційна напруга зумовлена тривалим часом дії стресу з тенденцією до нагромадження і яка може бути причиною так званих від термінованих реакцій дезадаптації до пандемії, і в свою чергу зумовлювати цілий спектр ризиків медичного, соціального та економічного характеру. Саме ці явища, як стверджує М. Слюсаревський, розвиваються за кількома векторами, зокрема: загострення різних психічних розладів: тривожності, депресії, фобій, ПТСР та інших, як результат істотного ускладнення соціально-психологічної, і економічної ситуації; спротив карантинним заходам, певним обмеженням; підвищення рівня соціального невдоволення і суспільних протестних настроїв.

Тому, саме в цих умовах суспільної кризи та нестабільності велика відповідальність лежить на лікарях, а багатократне перенавантаження, сприяє виникненню емоційному виснаженню в усіх його проявах.

Таким чином, саме в таких складних карантинних умовах зумовлених пандемією COVID-19 конче необхідна кропітка психологічна підтримка і ретельний психологічний супровід усім працівникам закладів охорони здоров'я, що залучені до ліквідації спалаху даної коронавірусної хвороби. Такі дослідники, як А.М. Кулеш, Д.Р. Міков, С.В. Муравьов, Н.В. Соломатіна, П.Н. Чайніков, В.Г. Черкасова, провівши емпіричне дослідження довели, що специфіка синдрому емоційного виснаження у лікарів полягає в перебуванні у стані динамічного розвитку, що виражає свої прояви як розлади настрою, емоційні стани, тривожність, депресія та симптом «загнаності в клітку». В свою чергу, Т.А. Вежновець та В.Д. Парій в ході своїх досліджень зробили обґрунтування щодо профілактики СЕВ саме у працівників медичної сфери і зазначають що вона повинна проводитись з врахуванням специфіки психотравмуючих чинників та залежно від типів трудових мотивів.

У визначенні психічного здоров'я особистості спеціаліста медичної галузі важливим є звертання уваги на симптоми «професійного виснаження» (або вигорання). Є багато визначень професійного виснаження, але в широкому розумінні воно трактується як стресова тривала реакція чи синдром, який має місце внаслідок дії досить тривалих професійних стресів. І тому, емоційне виснаження визначається деякими науковцями як професійне вигорання, а це в свою чергу дає можливість розглядати його в аспекті деформації особистості професіонала яка піддається впливам професійних стресів. Проблемі, яку ми розглядаємо присвячено безліч публікацій відомих психологів: С. Джексон, Т.В. Зайчикова, Л.В. Карамушка, К. Кондо, С.Д. Максименко, Е. Махер, К. Маслач, А. Пайнс, А. Пане, Б. Перлман, Х. Дж. Фрейденбергер, Є. Хартман, Х. Шредер, В. Бойко, М. Грішина, Н. Водоп'янова, Е. Ільїна, Е. Старченкова, В. Орел та інші.

Аналіз психолого-педагогічної та медичної літератури свідчить, про актуальність проблеми СЕВ («синдрому емоційного виснаження»), що й відображено у працях багатьох науковців присвячених саме змісту цього феномену та його структурі (М. Буриш, Т. Зайчикова, Л. Карамушка, С. Максименко, В. Орел, Т. Форманюк та інші).

Вивчення чинників які впливають на виникнення професійного виснаження у працівників медичної сфери дозволить здійснювати профілактично-превентивні заходи щодо виникнення та подолання цього феномену.

Мета дослідження полягає у вивченні чинників професійного вигорання у працівників медичної сфери в умовах пандемії та визначенні методів профілактики і подолання цього феномену.

Згідно з метою дослідження визначено такі **завдання**:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз наукових джерел з проблеми професійного стресу і емоційного виснаження у медичних працівників.
2. Підібрати вибірку та експериментально дослідити чинники емоційного виснаження працівників у медичній сфері в умовах пандемії.
3. Встановити взаємозв'язок між емоційним виснаженням та локусом контролю медичних працівників, їх тривожністю і емпатійними здібностями.
4. Розробити психологічні рекомендації щодо профілактики виникнення емоційного виснаження працівників медичної сфери.

Об'єктом дослідження є синдром емоційного виснаження працівників-медиків в умовах пандемії.

Предметом дослідження є психологічні чинники синдрому емоційного виснаження у працівників-медиків в умовах пандемії.

Гіпотеза дослідження: існує взаємозв'язок емоційного виснаження працівників медичної сфери з особистісними проявами тривожності, локусу контролю та емпатійних здібностей.

Методи дослідження:

- з теоретичних ми використовували аналіз та синтез, систематизацію та узагальнення, порівняння та класифікацію.
- з емпіричних тестування, анкетування, бесіду, методи математико-статистичної обробки даних.

Експериментальна база дослідження: в дослідженні взяли участь 43 працівники медичної сфери комунального некомерційного підприємства «Тернопільська університетська лікарня» Тернопільської обласної ради, зокрема працівники кардіологічного відділення серед яких 5 лікарів, 18 медичних сестер та 20 молодших медичних сестер.

Теоретична і практична значимість роботи: в даній кваліфікаційній роботі проаналізовано різні тлумачення синдрому емоційного виснаження, виділено чинники емоційного виснаження у медичних працівників, та експериментально доведено, що існує взаємозв'язок емоційного виснаження працівників медичної сфери з їх особистісними проявами тривожності, локусу контролю та емпатійних здібностей. На основі отриманих результатів запропоновано методи профілактики та подолання синдрому емоційного виснаження у медичних працівників.

Структура та обсяг роботи. Робота складається з вступу, чотирьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 95 найменувань та 5 додатків. Робота викладена на 73 сторінках друкованого тексту, вміщує 10 таблиць та 7 рисунків.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ

1.1. Поняття синдрому “емоційного виснаження”

Ще на початку 70-х років ХХ століття ряд науковців-психологів помітили, що в багатьох представників професій системи людина-людина через декілька років професійної діяльності змінювався стиль спілкування. Робота з людьми містить потенційну небезпеку складних переживань в робочих ситуаціях та професійну деформацію, оскільки має відповідати високим вимогам, підвищеній відповідальності та носить важке емоційне навантаження. Пізніше, поняття «професійної деформації», під яким розумівся стан виснаженості, власної непотрібності, змінився поняттям «емоційного вигорання».

Здійснивши аналіз наукових джерел з проблематики емоційного виснаження бачимо широкий спектр науковців, як вітчизняних так і зарубіжних, які досліджували сам зміст цього феномену та його структуру: М. Буриш, Г. Діон, Л. Карамушка, С. Максименко, Е. Махер, А. Реан, В. Орел, М. Смульсон, Т. Форманюк, Х. Фрейденбергер, А. Шафранова, У. Шуфелі та ін., а також методи його діагностики (І. Андрєєва, А. Баженова, В. Бойко, Н. Водоп'янова, К. Маслач, Т. Ронгинська, О. Старченкова тощо).

В 1974 році американський науковець, психіатр Х. Дж. Фрейденбергер для того щоб якось описати стан абсолютно здорових людей, але які тісно та інтенсивно комунікують з клієнтами (пацієнтами) в емоційно складній атмосфері надаючи професійну допомогу запропонував термін «емоційне вигорання» (“burnout”) [27, с.150-165].

До 1982 року в літературі англійською мовою було опубліковано тисячі статей про вигорання. У більшості випадків представлені в них дослідження є описовими. Згодом була розроблена шкала вигорання Маслаха та шкала

нудьги, щоб забезпечити дослідників психометричними інструментами, що дозволяють більш стандартизований підхід до цього синдрому. У вітчизняних працях науковці використовують різні переклади англійського терміна «вигорання»: «емоційне згорання» [23; 31], «емоційне вигорання» [3; 5] та «емоційне перегорання». Також використовуються терміни «психічне вигорання» [9] та «професійне вигорання» [21] та «професійна вада розвитку» або професійна деформація [4; 9; 16; 31]. Всі ці терміни однакові і характеризують одне і те ж явище.

На сучасному етапі умови світової пандемії підкреслили маловивченість феномену “вигорання” та розкрили нові його грані, однак він залишається набором психологічних негативних переживань які виникають на основі тривалих сильних міжособистісних взаємодій, високо емоційно насичених, когнітивно складних, тобто напружених стосунків у сфері «людина-людина».

Існує безліч визначень синдрому вигорання, але у всіх він розглядається як реакція особистості на довготривалий професійний стрес міжособистісного спілкування і містить три компоненти: редукцію персональних досягнень, деперсоналізацію особистості та емоційне виснаження.

ВООЗ ще в 2001 розглядала «синдром вигорання» (burnout syndrome) як виснаження чи то фізичного, чи емоційного або мотиваційного характеру, якому властиві порушення продуктивності роботи, швидка втома, безсоння, висока схильність до соматичних хвороб, вживання психоактивних речовин та алкоголю для полегшення (тимчасового) свого стану. А це може призводити до фізіологічної залежності і навіть суїцидальної поведінки [12].

Corey і Naisberg-Fennig вважають, що синдром “вигорання” виражається в браку енергії, почутті слабкості, втраті ентузіазму, нездатності помічати позитивні результати праці, частих депресивних станах і взагалі негативних установках як до роботи так і життя [14].

В.В. Бойко підходить до розуміння “вигорання” як до механізму власного психологічного захисту який особистість виробляє як реакцію на психотравмуючі чинники, своєрідний набутий емоційний стереотип

професійної поведінки. Науковець стверджує, що саме вигорання дозволяє заощаджувати енергетичні ресурси, дозувати їх оскільки є частково функціональним стереотипом. Водночас можуть проявлятися його наслідки дисфункціональності, коли “вигорання” перешкоджає ефективно виконувати професійну діяльність.

Також В.В. Бойко виділяє та описує різновиди симптомів “вигорання”: знеособлення чи особистісну відчуженість, дефіцит емоцій, психовегетативні та психосоматичні порушення [3; 4; 35].

В свою чергу Крістіна Маслач пояснює цей стан як фізичне та емоційне виснаження, що передбачає формування неадекватної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрату емпатійного ставлення до клієнтів або пацієнтів. Таким чином, синдромом «емоційного вигорання» розуміли як стан виснаження, власної непотрібності, згодом його симптоми значно розширилися з додаванням психосоматичного компонента.

Згідно моделі К. Маслач і С. Джексона реакцією на професійні стреси тривалі у часі міжособистісної взаємодії саме є синдром вигорання який містить три компоненти: редукцію персональних досягнень, деперсоналізацію та емоційне виснаження [12; 14; 27].

Емоційне виснаження характеризується відчуттям емоційного перенапруження, почуттям спустошеності, недостатності особистих емоційних ресурсів. Людина, не може працювати, як раніше. Виникають відчуття апатійності, «приглушеності», емоційної байдужості, в дуже складних випадках можливі емоційні зриви.

Деперсоналізація розвиває негативне, цинічне ставлення до реципієнта. Контакти стають досить формальними. Негативні установки, які мають місце спочатку мають замаскований характер і виявляються у внутрішньому стримуванні роздратованості, але з часом вона проривається назовні під виглядом спалахів люті чи конфліктних ситуацій.

Редукування особистих досягнень виявляється у зниженні почуття компетентності у своїй професійній діяльності, незадоволеність собою,

знецінення своєї діяльності, несприйняття себе у професійному плані. Помічаючи такі зміни, людина звинувачує себе, у неї знижується і професійна, і особиста самооцінка, та з'являється почуття власної неповноцінності, байдужості до роботи [32].

Тому синдром вигорання розуміється багатьма науковцями (зокрема Є. Хорошкіною) як «професійне вигорання», а це дозволяє розглядати даний феномен в контексті професійної діяльності. Загалом є припущення, що такий синдром з його особливостями в основному характерний для людей котрі працюють в соціальній сфері у системі «людина-людина» (це медичні працівники, викладачі, вчителі, різного роду менеджери, психологи-консультанти, психотерапевти та психіатри, робітники різних допомагаючих професій) [26].

Стан напруженості є одним з чинників емоційного вигорання саме в професійній діяльності. Цей стан виникає через різного роду конфлікти, труднощі у вирішенні важких соціальних проблем, що ведуть до відчуття дискомфорту, тривожності, фрустрації та навіть песимістичних настроїв.

Як показують результати досліджень, “вигорання” швидше за все виникає у людей, які мають менший ступінь зрілості, самодостатності, які є імпульсивними та не мають витримки, у тих, хто не має сім'ї, але потребує її, тих, хто мають мету і домагання, які не зовсім узгоджуються з реальністю. Сюди ж додається спостереження, що з віком вірогідність виникнення вигорання зменшується, власне до нього більш схильні працівники-початківці, люди молодшого віку. Та багато науковців стверджують, що вік, стать, наявний стаж роботи і інші соціально-демографічні показники не пов'язані на пряму з професійним “вигоранням”. Значно важливіше значення має саме індивідуальний тип особистості реагування на стресогенні ситуації [28].

На сьогодні, науковцями розглядаються три підходи до самого визначення поняття синдрому «емоційного вигорання».

Перший підхід тлумачить «емоційне вигорання» через стан в першу чергу емоційного виснаження: причому і фізичного, і психічного, зумовлений

тривалим перебуванням в критично емоційно-перевантажених випадках спілкування, зокрема в ситуаціях комунікації. «Професійне вигорання» тоді розглядають через синдром «хронічної втоми».

Другий підхід «синдрому вигорання» трактує його як двовимірну модель, яка містить. по-перше, саме емоційного виснаження і, по-друге, фазу деперсоналізації, а саме, погіршення ставлення як до інших, так і до себе.

Найбільш поширеним є третій підхід, запропонований американськими дослідниками К. Маслач і С. Джексоном. Які розглядають феномен «емоційного вигорання» як трьох компонентну систему, котра містить емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистісних прагнень [9, с.30].

Проаналізувавши дослідження багатьох науковців можна виділити основні симптоми і певні ознаки поняття емоційного вигорання.

К. Маслач експериментально ще в 1982 р. відокремила головні ознаки синдрому емоційного вигорання [35, с. 63-74]:

- 1) особистісна грань нашого емоційного Я, яка протистоїть виснаженню, протидіє «вигоранню» – це самозбереження;
- 2) особистісний психологічний досвід, в тому числі відчуття, особистісні установки, мотиви та очікування;
- 3) негативний особистісний досвід де є проблеми дистресу, дискомфорту.

Згідно з тлумаченнями К. Маслач і С. Джексоном синдром вигорання має такі властивості як емоційне спустошення, байдужість і навіть цинічне ставлення до клієнтів та до себе, незадоволеність своєю роботою та професійними звершеннями, конфлікти з колегами та в сім'ї, зниження якості життя і фізичного, і психічного здоров'я. Дослідження синдрому емоційного вигорання відбувається шляхом клінічного обстеження відібраних фахівців, а також за методикою «Maslach Burnout Inventory (MBI)», яка була розроблена К. Маслач та С. Джексоном у 1981 році [23; 37, с.45-63].

Науковці Б. Перлман та Є. Хартман, проаналізували та узагальнили безліч визначень нашого досліджуваного поняття та відокремили його основні ознаки: емоційна та фізична втома, деперсоналізація (знижена ефективність праці) [23; 28].

Згодом, Е. Махер (1983) завдяки своїм дослідженням розширює перелік симптомів феномену «емоційного вигорання»:

- 1) виснаженість, втома;
- 2) психосоматична хвороба;
- 3) неспання;
- 4) відраза до клієнтів;
- 5) відраза до своєї роботи;
- 6) недостатність виробничих дій;
- 7) зловживання шкідливими продуктами (кава, тютюн, алкоголь, наркотики, різні ліки);
- 8) переїдання чи відсутність апетиту;
- 9) негативна Я-Концепція;
- 10) різні агресивні почуття (дратівливість, тривожність, напруженість, занепокоєння, схвильованість, гнів);
- 11) негативний настрій й пов'язані з ним негативні емоції: цинізму, песимізму, почуття безнадійності, апатії, депресії;
- 12) переживання почуття вини.

Так, Х. Кюйнарпуу трактує останні три симптоми «руйнуючими», всі інші – їхніми наслідками. В свою чергу К. Кондо трактує «burnout» як дезадаптованість до власного робочого місця в силу надмірного навантаження і неадекватності міжособистісних стосунків [36].

Науковці називають п'ять основних груп симптомів, що характеризують синдром емоційного вигорання [36].

1. Фізичні симптоми які пов'язані в основному з станом нашого тіла (фізична втома, виснаження організму, втрата ваги або навпаки погладшання, безсоння, неважне здоров'я загалом, неритмічне дихання, нудота, часті запаморочення, гіпертонія, виразка й різного роду шкіряні захворювання пов'язані з запальними процесами, хвороби серцево-судинної системи).

2. Емоційні симптоми котрі пов'язані з психологічним нашим станом (недостатність емоцій, песимізм, цинізм і нечутливість до роботи й особистого

життя, байдужність, беспорядність і безнадія, агресивність, дратівливість, бентежність, неможливість зосередитися, депресія, почуття провини, істерія, розгубленість, втрата ідеалів, професійного майбутнього, збільшення деперсоналізації, почуття самотності).

3. Поведінкові симптоми які стосуються нашої поведінки у різних ситуаціях (під час роботи з'являється втома; небажання харчуватися; бажання зменшити фізичне навантаження; причини для вживання тютюну, алкоголю, ліків; поява нещасних випадків – падінь, травм, аварій та ін.; імпульсивна емоційна поведінка).

4. Інтелектуальні симптоми котрі пов'язані з нашою мисленевою діяльністю (зниження інтересу до праці, до нових теорій та ідей, до новітніх підходів у вирішенні питань; нудьгування, туга, апатія, небажання жити; надання переваги стереотипному, ніж творчому мисленню; небажання нововведень; та формальність у виконанні роботи).

5. Соціальні симптоми які пов'язані з нашою залученістю до соціуму (низька соціальна активність; практично відсутність дозвілля, захоплень; відстороненість від соціальних контактів; відчуття ізоляції, порозуміння з іншими; недостатність уваги з боку сім'ї, родини, друзів, співробітників).

Таким чином, можемо стверджувати, що синдром емоційного вигорання складається з комплексу симптоматичних порушень у психічній, соматичній (тілесній) та соціальній сферах. Однак, найчастіше симптоми класифікують на три великі групи: психофізичні симптоми, соціально-психологічні симптоми та поведінкові.

До групи психофізичних симптомів професійного вигорання відносяться:

- постійна втома так звана хронічна втома;
- емоційне та фізичне виснаження;
- практична відсутність реагування на зміни навколишнього середовища.

(немає реакції на новизну чи реакції страху в небезпечній ситуації);

- загальна астенизація (постійна слабкість, відсутність активності, енергійності, погіршення результатів біохімічного аналізу крові і гормональні збої);
- постійний головний біль без причини, розлади шлунково-кишкового тракту;
- раптова втрата або раптове збільшення ваги;
- безсоння причому воно може бути повним або частковим (ввечері швидко засипаємо але вранці швидко прокидаємося (десь о 4 ранку) чи навпаки неможливість заснути увечері (практично до 3 години ночі) дуже “важкий” підйом вранці, коли потрібно іти на роботу);
- постійна загальмованість, дрімотний стан, бажання постійно спати;
- задихання чи інші порушення дихання при будь якому навантаженні фізичному чи емоційному;
- яскраве зниження сенсорної чутливості: падає зір, слух, нюх і дотик, втрата тілесних відчуттів;
- можна припустити, що професійне вигорання є одним з факторів зниження, особливо у чоловіків, тривалості життя в Україні.

До групи соціально-психологічних показників професійного вигорання належать наступні відчуття та реакції:

- апатія, смуток, пасивність і депресія (низький емоційний тонус, засмученість);
- висока збудженість. дратівливість;
- постійні нервові “зриви” (невмотивований гнів, замкнутість);
- постійні негативні емоції без видимих причин(відчуття провини, зневаги, підозрілості, сорому);
- відчуття тривожності (відчуття, що “щось є не так, як потрібно”);
- відчуття гіпервідповідальності та боязкості, що щось не вийде, чи людина не зможе;
- загальна негативна установка щодо життєвих і професійних перспектив (“Що б ти не робив, всерівно нічого не вийде”).

До групи поведінкових показників професійного вигорання належать наступні вчинки та форми поведінки робітника:

- відчуття, важкості роботи та можливості її виконання;
- працівник змінює режим своєї роботи (швидко приходить на роботу та пізно йде з неї або, навпаки, тривало запізнюється і швидко з неї йде);
- незалежно від потреби завжди бере роботу на дім, але ніколи її не робить;
- керівник відмовляється приймати рішення видумуючи різні причини виправдань для себе та для інших;
- відчуття марності, зневіра в покращення, відсутність ентузіазму у відношенні до роботи, не цікавість до результатів;
- ігнорування виконання важливих, пріоритетних завдань та “застрягання” на дрібницях;
- не раціональний розподіл робочого часу;
- відчуженість від колег та клієнтів, неадекватна критичність;
- зловживання алкоголем, надмірне куріння за день, вживання наркотичних засобів [31; 37, с. 8-11].

Таким чином, ми спостерігаємо в роботах науковців різні терміни які є тотожними поняттю «burnout», це: емоційне вигорання, емоційне виснаження, професійне вигорання, психічне вигорання, професійний стрес. Ми ж, в нашій кваліфікаційній роботі, використовуємо робоче поняття «емоційне виснаження».

Необхідно підкреслити, що на сьогодні немає єдиного розуміння емоційного виснаження та його структури. Деякі автори (Е. Махер, Д. Кондо) розглядають емоційне виснаження як різновид стресу, а стресогенними чинниками виступають пацієнти медичних закладів. Однак, інші дослідники (З. Маслач, А.Р. Абрумова, В. У. Жваво) розглядають емоційне виснаження як наслідок впливу на особистість цілого комплексу стресогенних чинників.

1.2. Основні чинники синдрому “емоційного виснаження”

Багато дослідників займалися саме виявленням факторів які спричиняють емоційне та професійне вигорання. Так серед зарубіжних науковців можна виділити К. Маслач та А. Пайнс, А. Пане, Перлман і Хартман, Х. Дж. Фрейденберг, Х. Шредер тощо. А серед вітчизняних науковців потрібно зазначити: В.В. Бойко, Н. Водоп'янова, Е.П. Ільїн, В.Е. Орел, Е. Старченкова та інші.

В роботах науковців спостерігається акцент на дослідженні факторів, що викликають емоційне виснаження і зазвичай виділяли дві великі групи: 1. особливості самої професійної діяльності або об'єктивні чинники; 2. індивідуальні характеристики особистості професіоналів або суб'єктивні чинники. Так до перших відносимо фактори породженні умовами праці (організаційні і рольові), а до других – індивідуально-психологічні особливості фахівця, а також задоволеність професійною діяльністю, соціально-психологічним кліматом колективу, спрямованість особистості.

На думку таких дослідників як: В.У. Жваво, Р.П. Звездіной, Д. Кондо, Е. Малера, З. Маслач, В. Спірідонова, Т.В. Форманюка та ін., можна виділити внутрішні (індивідуальні) та зовнішні (організаційні) групи чинників, що здійснюють вплив на виникнення емоційного виснаження.

Відповідно, рівень матеріального середовища, сам зміст роботи та соціально-психологічні умови праці відносимо до зовнішніх чинників. Багато науковців стверджують, що у виникненні емоційного виснаження саме вони відіграють основну роль.

Розглянемо детальніше їх:

1. Напружена психоемоційна діяльність яка носить хронічний характер.

Професіонал інтенсивно спілкується з партнерами, цілеспрямовано сприймає їх, впливає на них, повинен швидко інтерпретувати отриману інформацію, зважувати альтернативи та приймати рішення.

2. Дестабілізуюча організація праці.

Нечітке планування та організація діяльності, брак обладнання, нечітка, неструктурована інформація – неодноразово викликає негативний ефект як у самого професіонала, так і клієнта, пацієнта, і руйнує взаємини обидвох сторін.

3. Підвищена відповідальність праці.

Працівники сфери людини-людина постійно перебувають у стані емпатійного спілкування, приймають на себе емоційну, енергетичну розрядку партнерів по спілкуванню, несуть юридичну та етичну відповідальність за стан своїх пацієнтів чи клієнтів. Це призводить до перенапруження.

4. Несприятлива психологічна атмосфера професійної діяльності.

Тут виділяють дві обставини: вертикальна конфліктність, тобто взаємини між керівником та підлеглим, і горизонтальна конфліктність – взаємини між колегами.

5. Психологічно важкий контингент в процесі праці.

Виконуючи професійну діяльність, практично щодня, знайдеться клієнт або пацієнт, який “псує нерви”. На підсвідомому рівні фахівець намагається передбачувати такі випадки економить власний емоційний ресурс шляхом не звертання уваги на таких людей.

А тепер давайте розглянемо внутрішні чинники:

1. Схильність до прояву емоційної ригідності.

Емоційне вигорання швидше виникає у інертних людей, емоційно стриманих і виступає у ролі психологічного захисту.

2. Так звана інтенсивна інтеріоризація, тобто саме сприйняття та переживання умов професійної діяльності.

Це психологічне явище спостерігається у людей в яких підвищена відповідальність до виконання своїх обов’язків, коли працівник сприймає все занадто емоційно, з головою віддається справі. І з часом виникає емоційне виснаження.

3. Слабка мотивація прояву емпатійності.

Професіонал не вважає доцільним проявляти емпатійність у своїй роботі, або не вміє чи не звик її проявляти.

4. Етичні дефекти і дезорієнтація особистості.

Так, професіонал не здатний взаємодіяти з партнерами застосовуючи моральні якості (совість, толерантність, порядність, чесність, повага до інших).

Етична дезорієнтація обумовлюється невмінням професіонала відрізнити погане від хорошого, результат та шкоду яку може спричинити іншій особистості. Це в свою чергу збільшує вірогідність виникнення байдужості до суб'єкта праці та появу апатії щодо виконання власних обов'язків.

Також, Т.В. Решетова пропонує такі чинники емоційного вигорання:

- без емоційність чи як зазначає автор невміння спілкуватися;
- алекситимія, іншими словами нездатність описати свої відчуття словами, яка практично завжди поєднується з тривожністю;
- трудоголізм, тобто завуальовування певної проблеми працею (прикривання своєї професійної непридатності темпом праці);
- люди позбавлені ресурсів (соціальні зв'язки, споріднені зв'язки, любов, професійна придатність, економічна стабільність, сенс життя, здоров'я тощо) [3; 4; 45; 53].

Таким чином, “емоційне виснаження” – це цілий спектр різного роду чинників, однак індивідуальна ситуація щодо професійного розвитку в певних умовах або підсилює їх дію, або навпаки нівелює.

Найбільш популярною на сьогоднішній день є класифікація факторів виснаження Б. Перлмана і Е. Хартмана які виокремлюють три категорії факторів які впливають на розвиток виснаження в професіях сфери діяльності «людина – людина». Автори виокремлюють особистісні фактори, рольові та організаційні [43; 47].

До особистісних особливостей, що сприяють емоційному вигоранню Х.Дж. Фрейденбергер відносить емпатію, гуманність, захоплюваність, ідеалізованість, інтровертованість, фанатизм [21].

В. Бойко зазначає такі особистісні фактори емоційного вигорання: емоційна холодність; сильне переживання негативних ситуацій на роботі; низька вмотивованість до роботи [3; 4; 7].

А. Пайнс сюди ж відносить, насамперед, почуття особистої значущості на своїй посаді; можливість кар'єрного росту, незалежність та контроль керівництва.

В.Е Орел до особистісних якостей відносить: «особистісну витривалість»; індивідуальну стратегію опору виникненню емоційного вигорання; «локус контролю»; самооцінку; поведінку типу А; емоційну сенситивність.

В роботах Н. Водоп'янової, Е. Старченкової спостерігаються такі особистісні фактори як «локус контролю», тобто співвідношення екстернальності та інтернальності; поведінка типу А; стратегії долаття кризових ситуацій [45; 46; 9, с. 58-59].

Щодо рольового фактору, то згідно досліджень Х. Кюйнарпуу на виникнення виснаження суттєвий вплив має рольовий конфлікт, невизначеність та перенавантаження.

Відповідно рольовий конфлікт полягає в амбівалентних вимогах до працівника, рольова невизначеність – в розмитих вимогах до працівника, а рольова перенавантаженість – у невідповідності рольових очікувань та індивідуальних можливостей і мотивації до виконання завдань.

До групи організаційних факторів В.Е. Орел відносить:

- матеріальні умови праці (перенавантаження, понаднормова робота, збільшена тривалість робочого дня);
- зміст роботи (кількісні та якісні моменти роботи з клієнтами, показник самостійності і незалежності працівника в своїй праці та можливість прийняття важливих рішень);
- соціально-психологічні умови праці (взаємостосунки в колективі, соціальна підтримка колег і керівництва, сім'ї та друзів, стиль керівництва [45; 46].

Н. Водоп'янова, Е. Старченкова до даного фактору додають такі характеристики організаційного середовища: кадрова політика; графік роботи; стиль керівництва; система винагород; фахова підготовка; безвідповідальність.

Перлман і Хартман в свою чергу пропонують такі складові даного фактору: час затрачений на виконання роботи, розмитість змісту праці,

постійне підвищення професійного рівня та продуктивності, невідповідність керівництва та самого змісту праці [9, с. 66-67; 21; 46; 53].

1.3. Психологічні особливості емоційного виснаження медичних працівників

Емоційне виснаження (або професійне вигорання, емоційне вигоряння, синдром емоційного вигорання) – це складна та дуже важлива проблема щодо психічного здоров'я молодших медичних сестер, медсестер та лікарів – усіх медичних працівників в Україні та й у всьому світі. Зокрема, умови пандемії вносять свої корективи та виклики медичним працівникам і знову загострюють з новим віянням виникнення та протікання емоційного виснаження. Тому потрібні подальші дослідження даного феномену з метою систематизації і факторів ризику його виникнення, і факторів захисту та профілактики.

В медичних працівників емоційне виснаження пов'язане з факторами ризику які поділяються на три групи: соціальні, психологічні та трудові. Найбільший вплив на виникнення даного феномену мають фактори пов'язані з роботою. А також багато соціальних, психологічних та професійних факторів мають захисні властивості, а отже знижують рівень емоційного виснаження.

Серед захисних факторів емоційного виснаження важливе і провідне місце займають психологічні фактори: емпатія, особистісний внутрішній контроль, емоційний інтелект особистості, оптимізм та певні риси характеру.

До трудових факторів виникнення емоційного виснаження відносять тривалість робочого тижня (інколи понад 60 годин), багато з цього часу відводиться на адміністративну та бюрократичну роботу (заповнення документації), а це призводить до зменшення часу який медичні працівники можуть провести з пацієнтами і веде до виникнення емоційного виснаження [14].

Також до виникнення цього феномену призводить неефективна організація роботи, перешкоди в професійному розвитку, відсутність підтримки з боку керівництва та колег, пошук сенсу в праці, обмежене співробітництво з колегами інших профілів, відсутність в клініці психологічної служби і відповідно частота зустрічей з психологом [9; 18].

Дуже важливим є процес комунікації з пацієнтами (багато різних людей за день), емпатійне спілкування, робота з невиліковними чи хронічними хворобами, безліч конфліктних та критичних ситуацій, багато етичних питань, потреба дотримання деонтології [9].

І сюди відносимо потребу в постійному навчанні, участь у конференціях, тренінгах, семінарах, безліч доповідей стосовно своїх досліджень та спостережень [9].

До соціальних факторів які сприяють виникненню виснаження медичних працівників відносять: стать (більш схильні до вигорання жінки), вік (молодші медичні працівники мають більші ризики), вік дітей (якщо є діти молодші 21 року – ризик підвищується вдвічі), професія шлюбного партнера чи партнерки (якщо працює в іншій сфері – ризик зростає), витрати на освіту. Також можна виділити: відчуття несправедливості, економічна і політична нестабільність, нерівні права в соціальних взаєминах, соціальна незахищеність [20].

Аналізуючи індивідуально психологічні фактори ризику науковці зазначають такі: інтровертованість, низька соціальна активність, соціальна дезадаптованість, підвищена дратівливість та агресивність, занижену самооцінку та низьку самоповагу, крайнощі емпатичного спілкування [11]. Також науковці зазначають вплив на виникнення емоційного вигорання акцентуацій характеру, слабкої «Я-концепції», трудоголізму, завищеної мотивації до влади, низької професійної мотивації, низької емоційної стійкості, підозрілості, імпульсивності, «локусу контролю» [20].

Систематичний огляд наукових досліджень з проблеми виникнення емоційного вигорання дозволяє також виділити захисні фактори на рівні з факторами ризику. Зазвичай захисні фактори дзеркально відображають фактори

ризик. Науковці говорячи про фактори ризику дотримуються такої послідовності: першими виникають проблеми на рівні організації, потім під їх дією змінюються професійні стосунки в роботі, і лише потім відбуваються зміни на індивідуальному рівні медичного працівника. Захисні фактори діють у зворотному порядку – спершу йдуть індивідуальні зміни на рівні психіки медичного працівника, потім відбуваються зміни у професійних стосунках з колегами при праці, і на завершення відбуваються зміни на рівні організації (медичного закладу) (див. рисунок 1.1.).



Рис. 1.1. Зв'язок факторів ризику та захисних факторів.

До основних індивідуальних факторів ризику науковці відносять самопізнання, самопіклування і реалістичне бачення своєї роботи [25].

Самопізнання передбачає розуміння особистих потреб і можливостей, а також обмежень, і потребує підвищеної рефлексивності, розуміння своїх емоцій.

Самопіклування передбачає досягнення фізичного благополуччя – ведення здорового способу харчування, фізичної активності, психологічного благополуччя – вміння приділяти час для власного життя, знання технік психорегуляції, медитації, звертатись по психологічну допомогу, почуття гумору.

Реалістичне бачення своєї роботи включає: 1) вміння обирати – ранжувати завдання, визначати пріоритети, ставити реальні цілі, вміти знаходити компроміс та не виконувати одночасно занадто багато видів діяльності; 2) не перебувати в стані готовності зробити все можливе кожному пацієнту; 3) вміння відмовляти у виконанні додаткових завдань і обов'язків [27; 30].

Багато дослідників до захисних факторів ще відносять: гарні професійні стосунки, взаємопідтримку колегами (емоційну), роботу у команді (щоб уникнути ізоляції), групове прийняття рішень, ефективного лідера, мудру організацію праці (призначення достатньо часу на консультації пацієнтів і паперову роботу тощо [27].

Таким чином, для зменшення ймовірності виникнення емоційного вигорання необхідно вміти використовувати як захисні фактори:

- особистісні риси;
- резилієнс та копінг;
- емоційний інтелект;
- емпатію;
- оптимізм;
- локус контролю;
- здоровий стиль життя;
- соціальна підтримка.

На основі опрацьованої інформації, можемо констатувати, що емоційне вигорання медичних працівників має тісний зв'язок з цілим комплексом факторів ризику які поділяють на три групи: трудові, соціальні і психологічні. Найбільше значення для виникнення синдрому вигорання відводиться робочим факторам.

Також багато трудових, соціальних і психологічних факторів сприяють зниженню рівня емоційного виснаження, тобто носять захисний характер. Психологічні захисні фактори виступають основними у попередженні виникнення емоційного виснаження. Сюди відносять емпатійність, емоційний інтелект, оптимізм, локус контролю та певні особистісні риси характеру.

Висновок до розділу I

Провівши аналіз наукових джерел, ми спостерігаємо в роботах науковців різні терміни які є тотожними поняттю «burnout», це: емоційне вигорання, емоційне виснаження, професійне вигорання, психічне вигорання, професійний стрес. Ми ж, в нашій кваліфікаційній роботі, використовуємо робоче поняття «емоційне виснаження». Необхідно підкреслити, що на сьогодні немає єдиного розуміння емоційного виснаження та його структури. Деякі автори (Е. Махер, Д. Кондо) розглядають емоційне виснаження як різновид стресу, а стресогенними чинниками виступають пацієнти медичних закладів. Однак, інші дослідники (З. Маслач, А.Р. Абрумова, В. У. Жваво) розглядають емоційне виснаження як наслідок впливу на особистість цілого комплексу стресогенних чинників.

Таким чином, “емоційне виснаження” – це цілий спектр різного роду чинників, однак індивідуальна ситуація щодо професійного розвитку в певних умовах або підсилює їх дію, або навпаки нівелює. Найбільш популярною на сьогоднішній день є класифікація факторів виснаження Б. Перлмана і Е. Хартмана які виокремлюють три категорії факторів які впливають на розвиток виснаження в професіях сфери діяльності «людина – людина». Автори виокремлюють особистісні фактори, рольові та організаційні.

На основі опрацьованої інформації, можемо констатувати, що емоційне вигорання медичних працівників має тісний зв'язок з цілим комплексом факторів ризику які поділяють на три групи: трудові, соціальні і психологічні. Найбільше значення для виникнення синдрому вигорання відводиться робочим факторам.

Також багато трудових, соціальних і психологічних факторів сприяють зниженню рівня емоційного виснаження, тобто носять захисний характер. Психологічні захисні фактори виступають основними у попередженні виникнення емоційного виснаження. Сюди відносять емпатійність, емоційний інтелект, оптимізм, локус контролю та певні особистісні риси характеру.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ ПРОЯВУ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ В МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

2.1. Характеристика вибірки досліджуваних та етапів експериментального дослідження

Мета нашого дослідження полягає у з'ясуванні можливих взаємозв'язків між емоційним виснаженням працівників медичної сфери в умовах пандемії та особливостями локусу контролю, тривожності, емпатійних здібностей. Для перевірки нашої гіпотези ми провели експериментальне дослідження, де на кожному етапі вирішували певні завдання. Таким чином наше дослідження можна розглядати у три етапи.

На першому етапі ми провели теоретико-методологічний аналіз наукових джерел присвячених вивченню синдрому емоційного виснаження та його проявів у професійній діяльності медичних працівників. Це дозволило нам підібрати блок методик які допоможуть перевірити нашу гіпотезу. Всі методики які ми використовували у нашому експериментальному дослідженні адаптовані до особливостей професії медичних працівників та основних завдань нашої роботи.

Другий етап нашого експериментального дослідження передбачав отримання об'єктивних даних щодо визначення переважаючих тенденцій емоційного виснаження працівників медичної сфери у період пандемії.

На третьому етапі нашого дослідження стояло завдання визначити рівень взаємозалежності між фазами емоційного виснаження і показниками локусу контролю, тривожності, емпатійних здібностей.

Згідно з гіпотезою нашого дослідження про існування взаємозв'язку емоційного виснаження медичних працівників в умовах пандемії з особистісними проявами тривожності, локусу контролю, емпатійних здібностей ми обрали вибірку досліджуваних. В дослідженні взяли участь 43 працівники медичної сфери комунального некомерційного підприємства «Тернопільська університетська

лікарня» Тернопільської обласної ради, зокрема працівники кардіологічного відділення серед яких 5 лікарів, 18 медичних сестер та 20 молодших медичних сестер.

2.2. Характеристика основних методик дослідження

Методи та методики нашого експериментального дослідження підбирались згідно до вирішення поставлених завдань, а при виборі методик дотримувались твердження що у працівників медичної сфери будуть встановлені однакові взаємозалежності між особливостями особистості, такими як тривожність, локус контролю, рівень емпатійних здібностей та емоційним виснаженням.

Формуючи сам блок методик ми керувалися потребою найбільш ширшого та повного, різнобічного висвітлення предмета дослідження. Всі методики є стандартизованими, валідними та надійними. А отже, відповідають вимогам психодіагностичного дослідження. Надамо коротку характеристику кожній використаній нами методиці.

Для визначення рівня емоційного вигорання ми використали однойменну методику В.В. Бойка, і отримали повну картину синдрому емоційного виснаження як динамічного процесу з поетапним його розвитком і поступовим протіканням всіх трьох фаз [5; 9, с. 216-221].

Кожна з цих фаз містить чотири шкали, тому рівень емоційне виснаження визначається за 12 шкалами (див. табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

Фази та симптоми емоційного вигорання та їх характеристика за В. Бойко

Фаза	Симптоми	Характеристика
«Напруження»	1. Переживання психотравмуючих обставин	<ul style="list-style-type: none"> • проявляється в усвідомленні посилення психотравмуючих чинників професійної діяльності.
	2. Незадоволеність	<ul style="list-style-type: none"> • проявляється відчуттям незадоволеності собою, обраною

	собою	професією, посадою, розвивається при неможливості конструктивного вирішення ситуації.
	3. «Загнаність до клітки»	<ul style="list-style-type: none"> • проявляється відчуттям безвихідності, гостро переживається, коли психотравмуючі обставини дуже тиснуть і усунути їх неможливо. Розвивається при марних спробах усунути натиск психотравмуючих обставин. Це стан інтелектуально-емоційного затору, безвиході.
	4. Тривога і депресія	<ul style="list-style-type: none"> • проявляються тривожно-депресивною симптоматикою, що стосується професійної діяльності в особливо ускладнених обставинах. Відчуття незадоволеності діяльністю і собою породжує велику напругу у формі переживання ситуативної або особистісної тривоги.
«Резистенція»	1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	<ul style="list-style-type: none"> • спостерігається у випадках, коли професіонал перестає уловлювати різницю між двома явищами, що принципово відрізняються: економним проявом емоцій і неадекватним вибіркочим емоційним реагуванням. Тобто, професіонал неадекватно «економить» на емоціях, обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування на ситуації суб'єктів діяльності; емоційний контакт встановлюється не зі всіма суб'єктами, а за принципом «хочу- не хочу» – неадекватним або вибіркочим чином.
	2. Емоційно-моральна дезорієнтація	<ul style="list-style-type: none"> • виявляється в тому, що у працівника емоції не спонукають або не достатньо стимулюють етичні відчуття. Не проявляючи належного емоційного ставлення до свого підопічного (учня, клієнта, пацієнта і так далі), він захищає свою стратегію: виправдовується перед собою за припущену грубість або відсутність уваги до суб'єкта, раціоналізує свої вчинки або проектує провину на суб'єкта, замість того, щоб адекватно визнати свою провину. У емоційно складних ситуаціях використовуються думки: «Це не той випадок, щоб переживати», «Таким людям не можна співчувати».
	3. Розширення сфери економії емоцій	<ul style="list-style-type: none"> • проявляється поза професійною діяльністю — вдома, під час спілкуванні з приятелями і знайомими. На роботі фахівець так втомлюється від контактів, розмов, відповідей на запитання, що йому не хочеться спілкуватися навіть з близькими.
	4. Редукція професійних обов'язків	<ul style="list-style-type: none"> • виявляється в спробах полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних витрат.
«Виснаження»	1. Емоційний дефіцит	<ul style="list-style-type: none"> • проявляє себе відчуттям, що емоційно професіонал вже не може допомогти суб'єктам своєї діяльності.
	2. Емоційна відчуженість	<ul style="list-style-type: none"> • працівник майже повністю виключає емоції зі сфери своєї професійної діяльності. Його майже ніщо не хвилює, не викликає емоційного відгуку: ні позитивні, ні негативні обставини.
	3. Деперсоналізація	<ul style="list-style-type: none"> • проявляється широким діапазоном зміни настрою та вчинків професіонала у сфері спілкування. Перш за все, відчувається повна або часткова втрата інтересу до людини – суб'єкта професійної діяльності.
	4. Психосоматичні та психоемоційні порушення	<ul style="list-style-type: none"> • виявляються на рівні психічного і фізичного самопочуття

Досліджуваним пропонують бланк з 84 твердженнями на які необхідно дати відповідь «так» чи «ні». Час виконання не обмежується. При обробці результатів визначається сума балів по кожному з симптомів виснаження (див. додаток А).

Сам показник вираженості симптому знаходиться в межах від 0 до 30 балів (див. табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

Показник вираженості емоцій

Симптом не склався	Симптом, що складається	Симптом, що склався
9 і менше	10 – 15	16 і більше

Наступним кроком здійснення інтерпретації результатів дослідження є сумування показників симптомів для кожної з трьох фаз формування виснаження. Діапазон для кожної фази лежить в межах від 0 до 120 балів (див. табл. 2.3.).

Таблиця 2.3.

Розподіл балів у фазі

Фаза не сформувалася	Фаза у стадії формування	Фаза сформувалася
36 і менше	37 – 60	61 і більше

Таким чином при обробці результатів за цією методикою ми отримуємо:

- суму балів по кожному з 12 симптомів виснаження;
- суму балів по кожній з трьох фаз виснаження;
- загальний показник емоційного виснаження.

Для визначення професійного вигорання ми використали однойменну методику Н. Водоп'янової та Е.Старченкова [9, с. 199-208].

Ця методика дозволяє константувати відчуття, переживання особистості в умовах практичної професійної діяльності, а саме, на якому рівні сформовані такі компоненти професійного вигорання як емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція персональних досягнень (професійна ефективність). Опитувальник складається з цих трьох субшкал і містить 22 твердження (див. додаток Б).

Досліджуванні на бланках оцінюють дані твердження по 7-бальній шкалі вимірювань від «ніколи» (0 балів) до «завжди» (6 балів).

Відповідно, якщо за шкалою «редукція персональних досягнень» (професійна ефективність) низькі бали, а за шкалою «емоційного виснаження» і «деперсоналізації» - високі, це говорить про високий рівень вигорання, і його вираження, а це означає, що людина свої можливості та досягнення оцінює на низькому рівні, не задоволена самореалізацією в професійній сфері.

Якщо ми діагностували професійне вигорання, то необхідно звернути увагу на значення субшкал з віковими та гендерними особливостями. Оскільки на певному віковому етапі є нормою певне емоційне виснаження, а в свою чергу не значний рівень деперсоналізації може виступати як механізм психологічного захисту необхідний для професійної адаптації у сфері діяльності людини-людина.

Аналізуючи індивідуальні показники за шкалою «редукція персональних досягнень» (професійна ефективність) необхідно обов'язково враховувати і вік, і етап професійного зростання фахівця. Оскільки на першому етапі адаптації до професії, молодий фахівець усвідомлює певну недостатність своїх знань та вмінь щодо вимог практичної діяльності. Відповідно, апріорі у нього це викликає певний рівень напруженості в ситуаціях практичної професійної діяльності.

Якщо цього не врахувати, то можна хибно інтерпретувати у початківця його низькі бали по шкалі «персональних досягнень» як симптом вигорання. У досвідчених фахівців низькі бали по шкалі «редукція персональних досягнень» (професійна ефективність) можуть бути ознакою заниженої самооцінки важливості досягнутих результатів, і як наслідок зміна ставлення до роботи та її продуктивності.

Тому досліджуючи динаміку професійного вигорання потрібно звертати увагу як на конкретні значення по всіх трьох шкалах окремо, так і на їх взаємозв'язок. Саме взаємозв'язок та взаємовплив цих факторів професійного вигорання простежують динаміку його розвитку.

Обмеження по часу виконання у досліджуваних не було, та була можливість виправити відповідь на бланку якщо досліджувані змінювали свою думку.

Інтерпретація результатів, підрахування балів проводилось згідно з ключем даної методики та дозволило діагностувати рівень професійного вигорання для кожного досліджуваного (див. табл. 2.4.).

* Відмічене «обернене» питання, яке інтерпретується навпаки, тобто, тут відповідь «щодня» має нульове значення.

Таблиця 2.4.

Ключ для підрахунку балів за методикою «Професійне вигорання»

Ключ		
Субшкала	Номер твердження	Максимальна сума балів
Емоційне виснаження	1, 2, 3, 6*, 8, 13, 14, 16, 20	54
Деперсоналізація	5, 10, 11, 15, 22	30
Редукція персональних досягнень	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

Підрахувавши бали по субшкалах даної методики ми визначили рівень професійного вигорання для кожного з досліджуваних по трьох його складових (див. табл. 2.5.)

Таблиця 2.5.

Оцінка рівнів професійного вигорання

Субшкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження	0 – 15	16 – 24	25 і більше
Деперсоналізація	0 – 5	6 – 10	11 і більше
Редукція персональних досягнень	37 і більше	36 – 31	30 і менше

Як відображено у таблиці 2.5. відповідна кількість балів зазначає певний рівень професійного вигорання по субшкалах.

З метою визначення ситуативної та особистісної тривожності особистості ми використали однойменну методику розроблену Ч.Д. Спілбергером та Л. Ханіним [37, с. 156-160]. Відповідно ситуативна чи реактивна тривожність супроводжується такими симптомами як неспокій, нервозність, напруженість. Якщо вона досягає

високого рівня в особистості спостерігаються порушення уваги, а то й дрібної координації рухів в конкретній життєвій ситуації. На відміну від ситуативної тривожності – особистісна є стійким станом і проявляється у тривожності, у сприйнятті багатьох життєвих ситуацій як загрози.

Показники особистісної тривожності що зашкалюють свідчать про наявність невропатичного конфлікту який супроводжується як емоційними так і нервовими зривами та психосоматичними хворобами. Однак для активної особистості обов'язково притаманний певний рівень тривожності і це є нормою. Оскільки кожній особистості притаманний так званий оптимальний рівень тривожності або так звана “корисна тривога”.

Слід зазначити, що ми обрали дану методику для експериментального дослідження тому, що професія лікаря і без того є емоційно важкою та виснажливою, пов'язана з багатьма ризиками, а в умовах пандемії однозначно передбачає підвищення рівня тривожності в тому числі в ситуації самооцінки професійної компетентності.

Якщо ж у досліджуваних спостерігається низький рівень тривожності, необхідно звернути увагу на мотиви діяльності і спробувати підвищити почуття відповідальності. Інколи виявлення тривожності за показниками тесту може маскувати через механізм психологічного захисту витіснення реальної тривожності або навіть прагнення “показати себе з кращого боку”.

Відповідно до інструкції дану методику ми проводили у два етапи. Спочатку діагностували у досліджуваних реактивну (ситуативну) тривожність, пізніше – особистісну.

Кожен досліджуваний отримав бланк із шкалами самооцінки та чіткими інструкціями щодо проведення методики (див. додаток В). Досліджуваним пропонувалося дати відповідь на запитання зазначені на бланку кожне з яких мало чотири можливі варіанти відповідей які різнилися по ступеню сили прояву зазначеного в запитанні стану. Нами наголошувалось про самостійність відповідей та часом роздумування над запитаннями. Однак час проходження досліджуваними методики не обмежувався.

В процесі опрацювання одержаних результатів дослідження для отримання значень реактивної і особистісної тривожності ми використали відповідні формули.

Так показник реактивної тривожності (РТ) підраховується за формулою:

$$РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума відзначених цифр за наступними шкалами: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

а $\Sigma 2$ – сума відзначених цифр за шкалами: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Стосовно показника особистісної тривожності (ОТ), то він визначається за формулою:

$$ОТ = \Sigma 3 - \Sigma 4 + 35,$$

де $\Sigma 3$ – сума відзначених цифр на бланку за пунктами шкали: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 38, 40;

а $\Sigma 4$ – сума решти відзначених цифр за пунктами: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Після підрахунку показників за шкалою РТ та шкалою ОТ, ми перейшли до визначення рівнів тривожності за такими критеріями: до 30 – низька тривожність; 31-45 – помірна тривожність; 46 та більше – висока тривожність.

З метою дослідження сформованості рівня суб'єктивного контролю ми використали питальник “Рівень суб'єктивного контролю” (РСК) який був модифікований Є.В. Бажіним та розроблений на базі шкали локусу контролю Дж. Роттера) [28, с.186-192].

Здатність особистості приписувати відповідальність за свої дії, вчинки, успіхи своєї діяльності або якимось зовнішнім силам, або своїм власним, особистим здібностям, прагненням і зусиллям приналежить до вольової сфери людини і називається локусом контролю.

Виділяють два типи особистості причому вони є полярними і залежать від локалізації контролю. Якщо людина орієнтується на зовнішні сили і їм приписує результати своєї діяльності – це екстернал (зовнішній локус контролю), якщо ж навпаки, своїм власним здібностям і особистим зусиллям – інтернал (внутрішній локус контролю).

Необхідно зазначити, локус контролю який притаманний особистості має універсальне значення, оскільки в усіх ситуаціях і різного роду подіях проявляється той самий тип. Причому як в ситуаціях досягнень і злетів, так і в ситуаціях невдач, і в усіх сферах життєдіяльності особистості.

В процесі ходу дослідження всім учасникам були роздані бланки для відповідей які містили 44 твердження щодо різних сфер життя і відношення до них. Необхідно було оцінити ступінь згоди чи відповідно не згоди з запропонованими твердженнями згідно 6-бальної шкали (див. додаток Д).

Повна незгода -3 -2 -1 1 2 3 повна згода

Обробка результатів передбачає сумування «сирих» (попередніх) балів по 7 шкалах згідно ключа методики. А саме дана методика містить шкалу загальної інтернальності (Io); інтернальності в галузі досягнень (Id); інтернальності в галузі невдач (In); інтернальності в сімейних стосунках (Ic); інтернальності в виробничих стосунках (Iv); інтернальності у сфері міжособистісних стосунків (Im); інтернальності у ставленні до здоров'я і хвороб (Iz). На завершення обробки результатів дослідження ми згідно ключа перевели «сирі» бали у стандартні оцінки (стени), вони виражені в десятибальній шкалі і дозволяють визначити домінування у досліджуваних інтернального чи екстернального показника.

Таким чином, методика визначення локусу контролю дозволяє проаналізувати РСК за 7-ми шкалами, при цьому опираючись на норму (5,5). В свою чергу відхилення вправо (>5,5 стенив) означає інтернальний тип контролю особистості у відповідних ситуаціях, а відхилення вліво від норми (<5,5 стенив) – екстернальний тип РСК.

Рівень емпатії досліджуваних ми визначали за методикою діагностики рівня емпатійних здібностей автором якої є В.В. Бойко [6].

За даною методикою можна визначити різні прояви емпатії та загальний рівень емпатійних здібностей особистості.

Емпатія – це вміння співпереживати з іншими, вміння прийняти почуття які переживає інша людина як свої власні. Вона гармонійно збалансовує міжособистісні взаємодії, поведінку особистості робить соціально обумовленою, вона не залежить

від інтелектуальних здібностей і ґрунтується тільки на почуттях. Чим більше розвинена емпатія тим легше спілкуватися та проникати у внутрішній світ партнера, саме тому поряд з іншими професіями сфери людина-людина вона вважається професійно важливою якістю медичного працівника [39].

Досліджуваним пропонується дати відповідь «так» або «ні» на запропоновані запитання і підраховується кількість балів по кожній з шести шкал. Однак нас не цікавлять показники по кожній окремій шкалі, а нам важливий сумарний показник рівня емпатії.

За кожне співпадіння із ключем досліджуваному нараховується 1 бал. Згодом всі бали сумуються. Сумарна кількість балів досліджуваного може коливатися в межах від 0 до 36 балів (див. додаток Е). В залежності від того, який сумарний показник балів у досліджуваного, можна визначити рівень емпатії:

- 30 балів і вище – дуже високий рівень емпатії;
- 29-22 - середній;
- 21-15 - занижений;
- менше 14 балів – дуже низький.

2.3. Аналіз отриманих результатів

Провівши експериментальне дослідження ми перейшли до інтерпретації отриманих результатів по кожній з вище описаних методик. Як ми вже зазначали у нашому дослідженні взяли участь 43 працівники медичної сфери комунального некомерційного підприємства «Тернопільська університетська лікарня» Тернопільської обласної ради, зокрема працівники кардіологічного відділення серед яких 5 лікарів, 18 медичних сестер та 20 молодших медичних сестер. Ми не поділяли наших досліджуваних на три групи оскільки це не було завданням нашого дослідження, і проводили розрахунки для кожного досліджуваного по кожній з методик. Отримані результати піддали математичному аналізу за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA 10.0

та отримали кореляційні зв'язки між проявом синдрому емоційного виснаження та показниками досліджуваних якостей.

Провівши інтерпретацію результатів за методикою діагностики рівня емоційного вигорання ми отримали наступні результати (див. табл. 2.6.).

Таблиця 2.6.

Результати дослідження за методикою діагностики рівня емоційного вигорання (автор В. Бойко)

фаза	1-ша фаза	2-га фаза	3-тя фаза
формується (%)	37	50	35
сформована (%)	23	25	34
не сформована (%)	40	25	31

Відображені у таблиці результати особливостей формування фаз емоційного виснаження у працівників медичної сфери можемо констатувати: перша фаза синдрому емоційного вигорання «Тривожна напруга» проявилася у 60% респондентів, з них у 23% – фаза вже сформувалася, та у 37% – перебуває у стадії формування. Відповідно у 40% досліджуваних перша фаза емоційного виснаження взагалі не проявилася.

При аналізі результатів другої фази емоційного вигорання «Резистенції» у медичних працівників, спостерігаємо, що у 25% досліджуваних дана фаза вже сформувалася та у 50% – знаходиться у стадії формування, загалом 75% працівників медичної сфери відчувають на собі вплив проявів другої фази синдрому вигорання, і у 25% досліджуваних фаза «Резистенції» взагалі не проявляється.

Що стосується третьої фази емоційного вигорання «Виснаження», то необхідно зауважити, що у 34% медичних працівників дана фаза вже сформувалася, у 35% – перебуває в стадії формування, та у 31% – не сформувалася взагалі.

Більш детально результати експериментального дослідження відображені на рисунку 2.1.

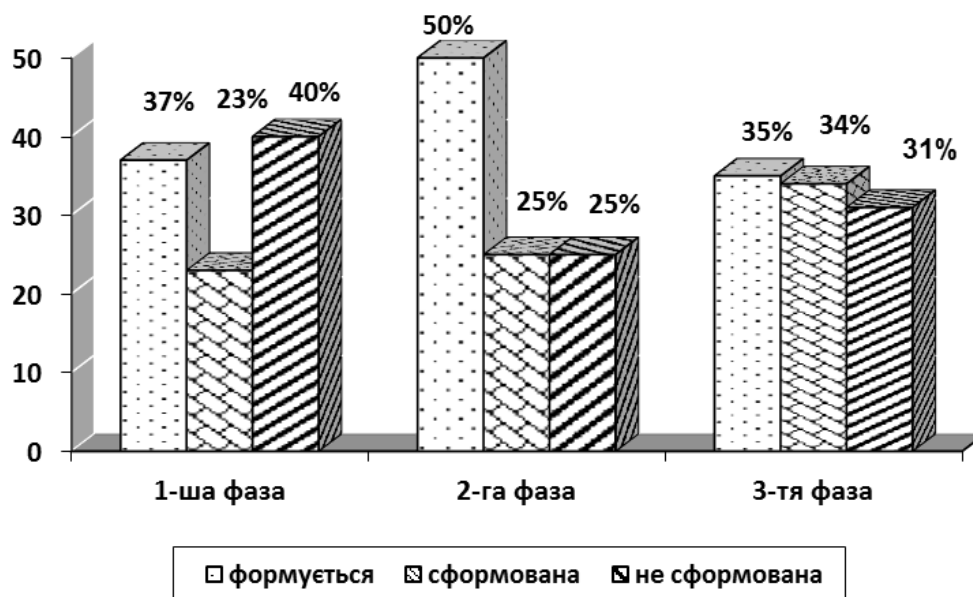


Рис. 2.1. Прояв фаз емоційного вигорання у медичних працівників

Як видно на рисунку 2.1. найбільша кількість відповідей отримана за трьома фазами з показником «формується» – 22, відповідно за показником «сформована» – 15 відповідей та показник «не сформована» – 17 відповідей медичних працівників.

Дальше ми опрацьовували результати отримані за методикою визначення професійного вигорання і для кращого розуміння кінцевих результатів побудували таблицю де у відсотках відображенні прояви професійного вигорання у працівників медичної сфери (див. табл. 2.7.).

Таблиця 2.7.

Сформованість фаз професійного вигорання у медичних працівників

Рівень (%)	Компоненти професійного вигорання		
	1-фаза (Емоційне виснаження)	2-фаза (Деперсоналізація)	3-фаза (Редукція професійних досягнень)
низький	17	14	8
середній	48	42	46
високий	35	44	46

Як відображено у таблиці практично всі три фази професійного вигорання мають високі показники вираженості середнього та високого рівнів. Так фази

емоційного виснаження за середнім рівнем сформованості відображають 48% досліджуваних, а за високим 35%. В свою чергу компонент деперсоналізації відображають за середнім рівнем сформованості 42%, а за високим 44%. А професійна ефективність 46% та 46% відповідно.

Для кращого відображення результатів побудуємо діаграму (див. рис. 2.2.)

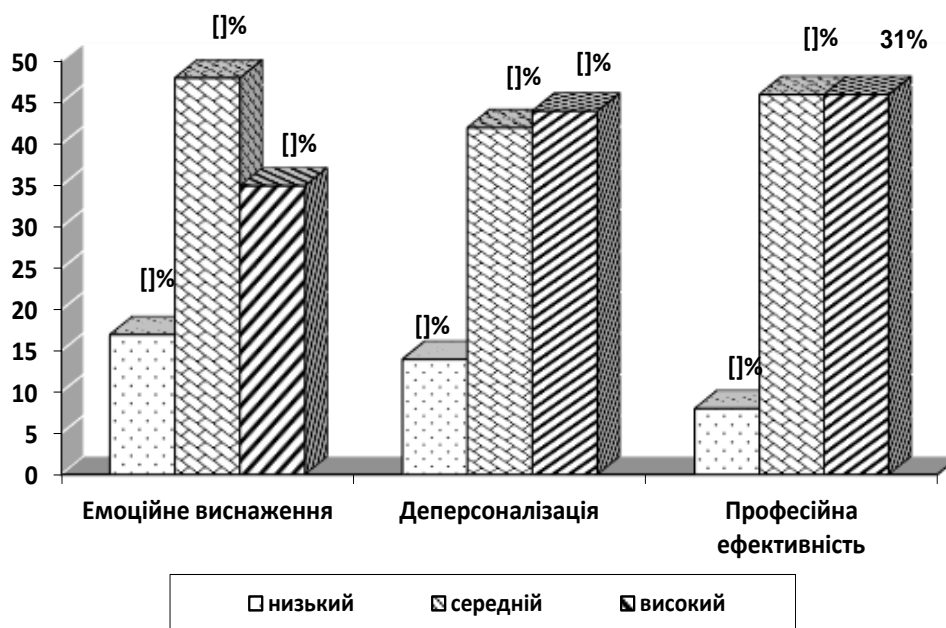


Рис. 2.2. Прояв фаз професійного вигорання у медичних працівників

Як відображено на рисунку для першої фази професійного вигорання найбільша кількість 48% досліджуваних мають середній рівень емоційного виснаження, 35% – високій рівень та 17% – низький. В свою чергу фаза «Деперсоналізації» найбільше виражена високим рівнем – 44%, у 42% досліджуваних спостерігається середній рівень і лише у 14% – низький показник. І третя фаза професійного вигорання «Професійна ефективність» найбільше представлена середнім рівнем 46%, високій рівень притаманний 31% досліджуваних і лише 8% респондентам належить низький рівень.

З одержаних результатів можемо зробити висновок, що у медичних працівників в умовах пандемії досить високі та середні показники по всіх трьох фазах професійного вигорання. Зокрема фаза деперсоналізації має тенденції формування негативного, бездушного навіть цинічного ставлення до оточуючих.

Вона веде до знеособлених та формальних контактів. Ці негативні установки можуть мати спочатку замаскований характер і внутрішньо стримувати роздратованість, але з часом вона почне прориватися на зовні у вигляді спалахів гніву та конфліктності.

Щодо професійної ефективності, то вона проявляється почуттям зниження компетентності у професійній діяльності, невдоволення собою, негативне прийняття себе в професійному плані. З'являються прояви негативних почуттів знижується і професійна, і особистісна самооцінка, байдужість до своєї роботи.

Наступний кроком було опрацювання отриманих результатів за методикою діагностики ситуативної та особистісної тривожності авторами якої є Ч.Д. Спілбергер, Л. Ханіна. Для кращого розуміння отриманих результатів ми їх відобразили в таблиці і у відсотках (див. табл. 2.8.).

Таблиця 2.8.

Прояв тривожності у медичних працівників

Тривожність Рівні	Реактивна тривожність %	Особистісна тривожність %
низька	61	8
помірна	32	67
висока	7	25

Як відображено у таблиці 61% досліджуваним притаманний низький рівень реактивної (ситуативної) тривожності, за то особистісної тільки 8%. І навпаки високий рівень особистісної тривожності мають 25% досліджуваних, а ситуативної тільки 7%. Можливо це пов'язано саме з специфікою професійної діяльності медичних працівників, а особливо під час пандемії. Загалом під час таких загроз світового масштабу простежується тенденція до підвищення реактивної тривожності у суспільстві особливо в тих людей, котрі отримують обмежений доступ до правдивої інформації і чітко це усвідомлюють.

Графічно результати по даній методиці зображені на рисунку 2.3. та 2.4.

Реактивна тривожність

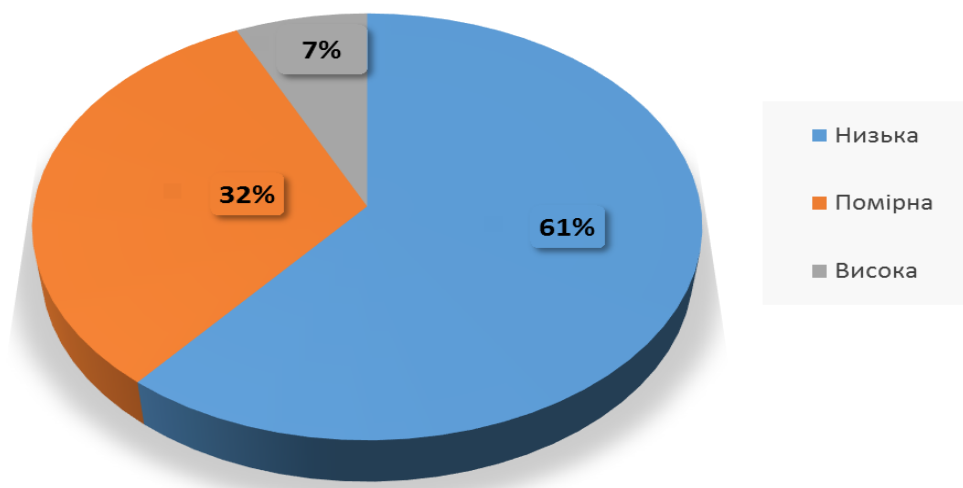


Рис. 2.3. Прояв реактивної тривожності у медичних працівників

Як відображено на рисунку 2.3. найбільше притаманна низька реактивна тривожність медичним працівникам в період пандемії – 61%, і тільки 7% досліджуваних притаманна висока реактивна тривожність.

Особистісна тривожність

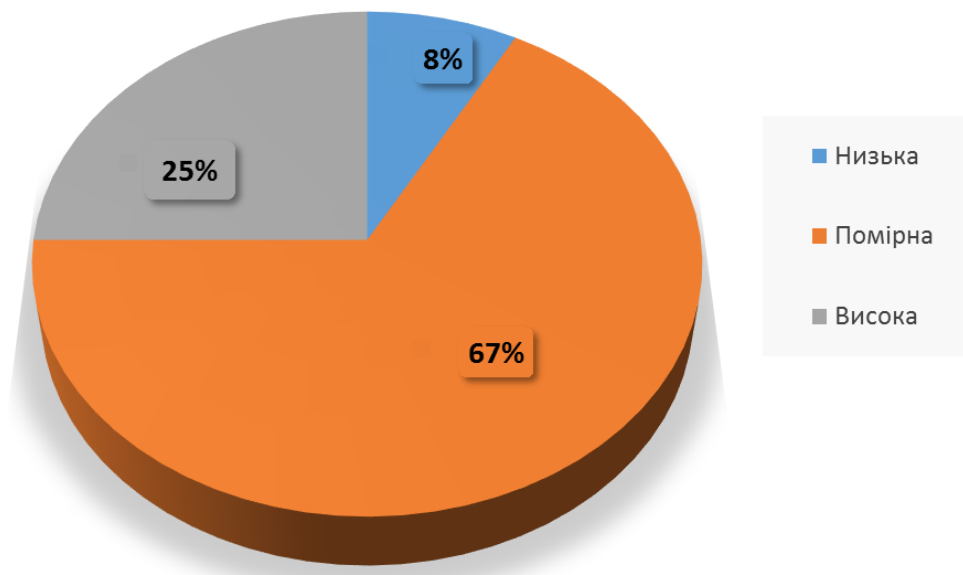


Рис. 2.4. Прояв особистісної тривожності у медичних працівників

Як відображено на діаграмі у наших досліджуваних медичних працівників найбільш яскраво виражена помірна особистісна тривожність і складає 67%. Тоді як 25% досліджуваних медиків притаманна висока особистісна тривожність.

Наступним ми визначали у наших досліджуваних рівень суб'єктивного контролю за однойменною методикою у модифікації Є.В. Бажіного та ін. на основі шкали локусу контролю Дж. Роттера. Отримані результати відобразили у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

Прояв суб'єктивного локусу контролю у медичних працівників

Локус контролю	Інтерналі	Екстернали
кількість	19 чол.	24 чол.
%	44 %	56 %

Як відображено в таблиці з усіх досліджуваних медичних працівників 56% є екстерналами, а 44% інтерналами. Для кращого розуміння результатів дослідження відобразимо їх на рисунку 2.5.

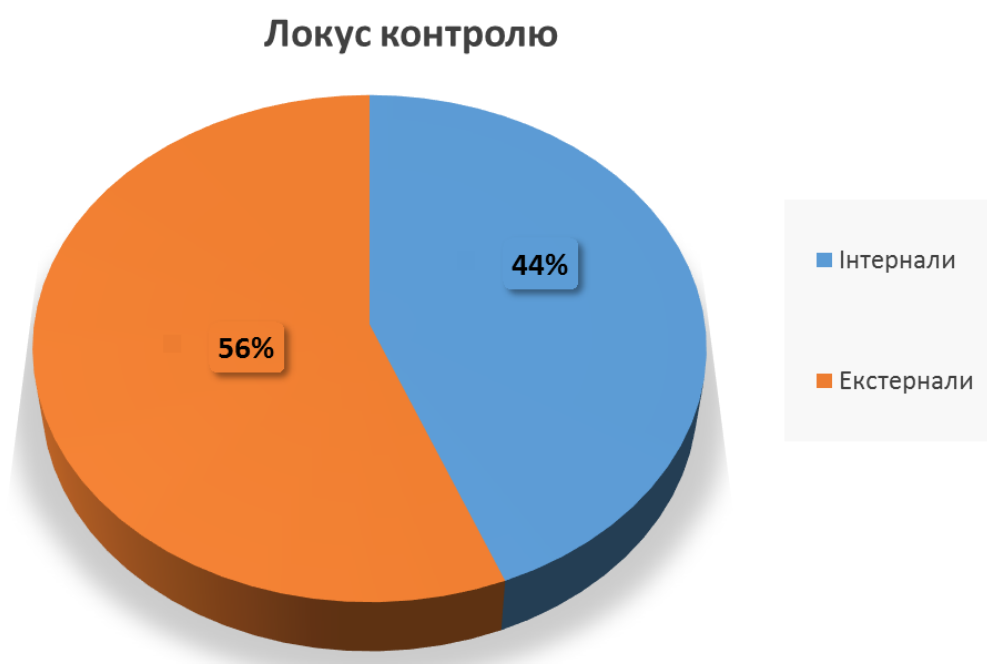


Рис.2.5. Відсоткове співвідношення екстерналів та інтерналів

Як видно з діаграми більшість наших досліджуваних є екстерналами і їх кількість становить 56%. Тобто, серед наших медичних працівників більшість результати своєї роботи приписують зовнішнім чинникам та перекладають відповідальність на інших.

Наступна дія у нашому дослідженні це опрацювання отриманих результатів за методикою діагностики рівня емпатійних здібностей В.В. Бойка. Наявність емпатійних здібностей є важливим у роботі з людьми особливо при наданні їм різного роду допомоги і психологічної та медичної в тому числі. А чим вищий рівень емпатійності притаманний людині, тим ефективніше вона здатна відгукуватися на переживання інших людей. Результати отримані по цій методиці ми оформили у таблиці 2.10.

Таблиця 2.10.

Рівні прояву емпатійних здібностей у медичних працівників

Рівні емпатійних здібностей	високий	середній	занижений	низький
Відсоткове співвідношення	17%	32%	47%	4%

Як відображено у таблиці високий рівень вияву емпатійних здібностей притаманний лише 17% досліджуваних, переважна більшість 47% мають занижений рівень вияву емпатійних здібностей, 32% середній, і навіть у 4% проявляється низький рівень.

Графічно результати відображені на рисунку 2.6.

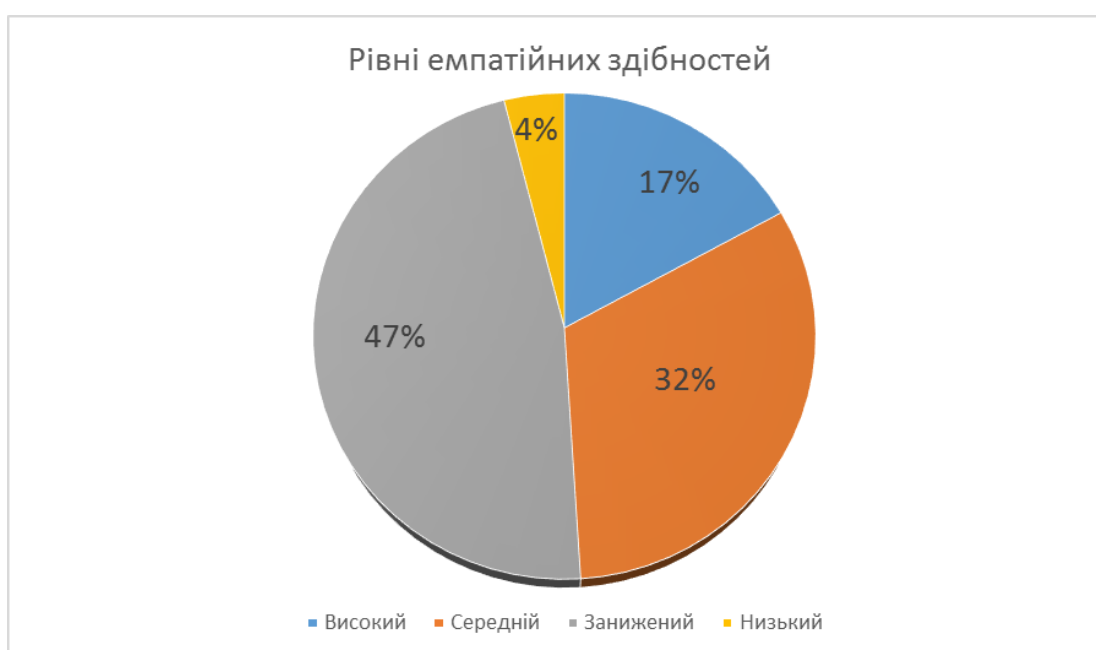


Рис. 2.6. Рівні емпатійних здібностей у медичних працівників

Як видно з діаграми серед наших досліджуваних медичних працівників переважна більшість 47% і 32% виявляють середній та занижений рівень емпатійних здібностей, а разом це становить 79% респондентів. А ще маємо 4% опитуваних з низьким рівнем. Таким чином 83% досліджуваних властивий занижений рівень емпатійних здібностей.

Отримавши результати по всіх методиках ми піддали їх математичному аналізу за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA 10.0 та отримали кореляційні зв'язки між проявом синдрому емоційного виснаження та показниками досліджуваних якостей:

1. Показники усіх фаз професійного вигорання, співвідносяться з емоційним вигоранням, а саме з його першою фазою, відповідно ($r=0,43$, при $p < 0,05$); ($r =0,21$ при $p < 0,05$); ($r=0,25$ при $p < 0,05$).

2. Також спостерігаємо, що, показники усіх фаз професійного вигорання співвідносяться з першою фазою емоційного вигорання. І коли збільшується показник першої фази збільшуються всі інші показники. Тобто, фаза «напруження», відчуття емоційної виснаженості, втомі, яке виникає від власної професійної діяльності сприяє формуванню фаз професійного вигорання.

3. Дані отримані по другій фазі емоційного вигорання співвідносяться з даними першої ($r=0,23$; $p < 0,05$) та другої ($r=0,32$; $p < 0,05$) фаз професійного вигорання. Таким чином, виявлення у досліджуваних медичних працівників другої фази емоційного вигорання (надмірне емоційне виснаження) провокує появу та розвиток захисних тенденцій і призводить до виникнення у медичних працівників відчуття надмірної перевтоми (наслідок професійної діяльності та комунікації) та підсилює прояв фаз професійного вигорання «Емоційного виснаження» та «Деперсоналізації» з усією їхньою симптоматикою: емоційне перенапруження, обмаль емоційних ресурсів, цинічне ставлення до співрозмовника, моменти роздратованості та конфліктності.

4. Дані отримані по третій фазі емоційного вигорання співвідносяться з даними першої ($r=0,33$ при $p < 0,05$) та другої ($r=0,27$ при $p < 0,05$) фаз професійного вигорання. Таким чином, третя фаза емоційного вигорання призводить до прояву

симптомів фази «Емоційного виснаження» та сприяє формуванню фази професійного вигорання «Деперсоналізація», симптоми якої (цинічне ставлення до реципієнта) є включеними в фазу «Виснаження», і взаємообумовлюють прояв одне одного.

5. Дані отриманні за трьома фазами емоційного вигорання співвідносяться між собою: показники першої та другої фаз корелюють між собою $r=0,43$ при $p < 0,05$; показники першої і третьої фази корелюють між собою $r=0,69$ при $p < 0,05$; показники другої і третьої фази корелюють між собою $r=0,55$ при $p < 0,05$. Звідси випливає, що всі фази емоційного вигорання взаємопов'язані між собою і високі дані по першій фазі вигорання призводять до прояву симптомів другої фази вигорання, а високі показники другої фази – до виникнення симптомів третьої фази вигорання.

6. Дані щодо показника реактивної тривожності також співвідносяться із даними першої фази емоційного вигорання ($r = 0,28$ при $p < 0,05$). А це дозволяє говорити, що зростання рівня реактивної або ситуативної тривожності однозначно веде до появи фази «Напруження» емоційного вигорання. Зауважимо, що ситуативна тривожність це суб'єктивні відчуття напруженості, хвилювання, неспокою, боязкості, і ознаки активації вегетативної нервової системи, як наслідку того, наскільки людина розуміє своє оточення як небезпечне чи загрозливе. Тут психотравмуючими моментами для медичних працівників виступають умови професійної діяльності, які є сприятливими для підвищення рівня реактивної тривожності, а вона вже формує відчуття емоційної виснаженості, втомі від професійної діяльності (вияв першої фази емоційного вигорання).

7. Що стосується даних по особистісній тривожності, то вони співвідносяться з показниками усіх фаз емоційного вигорання ($r = 0,30$; $p < 0,05$), ($r = 0,26$; $p < 0,05$) та ($r = 0,29$; $p < 0,05$) відповідно.

Таким чином, зі зростанням рівня особистісної тривожності, значно зростає вияв симптомів спочатку першої фази емоційного вигорання, а згодом – другої та третьої. Тут формування особистісної тривожності взаємообумовлене професійною діяльністю працівників медичної сфери.

8. Дані екстернального та інтернального локусу контролю корелюють із даними першої фази емоційного вигорання ($r=0,34$; $p < 0,05$) та ($r = - 0,34$; $p < 0,05$) відповідно; А це свідчить, що чим вищий вияв екстернальності ми спостерігаємо, тим вищий вияв першої фази емоційного вигорання, і навпаки із збільшенням показів інтернальності, знижуються покази першої фази емоційного вигорання.

9. Дані отримані по третій фазі професійного вигорання співвідносяться з даними середнього та заниженого рівнів прояву емпатійних здібностей $r = -0,26$ при $p < 0,05$ та $r = 0,30$ при $p < 0,05$. А це свідчить, що зниженням рівня прояву емпатійних здібностей від середнього до заниженого неодмінно веде до прояву симптомів третьої фази професійного вигорання «редукції персональних досягнень» у медичних працівників. І тому, зниження рівня емпатійних здібностей веде до погіршення почуття компетентності у своїй діяльності, невдоволення собою, знецінення своєї роботи, несприйняття себе у професійному плані, почуття власної неповноцінності, байдужості до роботи.

Висновок до розділу II

В цьому розділі для перевірки нашої гіпотези було проведено емпіричне дослідження. Наше дослідження відповідно до поставлених завдань умовно розділилось на три етапи.

На першому етапі ми проаналізували особливості протікання синдрому емоційного вигорання в професійній діяльності, і згодом підібрали методики для перевірки зазначених завдань дослідження.

Методи та методики нашого експериментального дослідження підбирались згідно до вирішення поставлених завдань, а при виборі методик дотримувались твердження що у працівників медичної сфери будуть встановлені однакові взаємозалежності між особливостями особистості, такими як тривожність, локус контролю, рівень емпатійних здібностей та емоційним виснаженням.

Аналізуючи отримані результати нашого дослідження можна підсумувати, що існують кореляційні зв'язки між фазами емоційного виснаження працівників медичної сфери та особистісними проявами тривожності, локусу контролю та емпатійних здібностей. А отже, всі фази емоційного вигорання корелюють між собою, і доводять той факт, що спочатку формується перша фаза вигорання, на її основі формується друга, а на основі другої – третя.

РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ

3.1. Подолання та профілактика емоційного виснаження

Розробкою питання подолання, можливості попередження і профілактики емоційного виснаження займалися багато науковців: В.В. Бойко, Н. Водоп'янова, Т.В. Зайчикова, А.М. Занковський, Л.М. Карамушка, К. Лаврова, А. Левин, А.М. Павлова, Е. Старченкова, А.В. Фирсова.

Науковці прийшли до висновку, що значно зменшують ризик виникнення виснаження улюблена та стабільна робота, де є можливості творити, професійно та особистісно рости, задоволення від якості життя в різних його сферах, різноманіття інтересів, життєва перспектива.

Набагато менше «емоційно вигорають» оптимісти, життєрадісні люди, яким вдається успішно долати складні життєві ситуації та вікові кризи; тобто ті люди, які зайняли активну життєву стратегію та керуються творчим пошуком вирішення життєвих завдань у складних обставинах, володіють психологічними засобами саморегуляції, піклуються про поповнення власних психоенергетичних і соціально-психологічних ресурсів [10, с. 323-324].

Синдром вигорання можна подолати з допомогою отримання професійної психологічної допомоги, а можна і самому собі допомогти. Якщо ми навчимося помічати та усвідомлювати симптоми емоційного виснаження, зуміємо керувати ними, засвоїмо прийоми психологічної саморегуляції, то зможемо самостійно долати перші симптоми стресу та емоційного вигорання на роботі. У випадку якщо така самопомога буде недостатньою, треба звертатися до професійних фахівців з метою подолання та профілактики синдрому виснаження [9, с. 226-227].

На сьогоднішній день є багато конкретних способів попередження виникнення даного феномену: потрібно проявити інтерес до нової справи, не

пов'язаної з професійною діяльністю; урізноманітнити свою роботу; зайнятися своїм здоров'ям, режимом харчування та сну; навчитися не поспішати в житті, в роботі, мати час на досягнення позитивного результату; навчитися техніки медитації; приймати тільки обдумані обов'язки; читати не тільки професійну літературу; приймати участь у конференціях, семінарах, зустрічатися з новими людьми; намагатися час від часу колективно працювати з своїми колегами; брати участь в супервізії, різного роду тренінгах; знайти хобі для задоволення; використовувати музикотерапію [30, с.15-16; 52, с. 227].

Треба сказати, що всі види профілактичної роботи поділяються на дві групи: - допомога яка надається на рівні організації; - допомога яка надається на особистісному рівні. В свою чергу науковці Т.В. Зайчикова та Л.М. Карамушка розробили індивідуальну технологію профілактики і подолання синдрому «професійного вигорання», яка включає послідовні фази та конкретні прийоми.

На першій фазі профілактика розпочинається аналізом професійної ситуації. Тут відбувається когнітивна оцінка ситуації (а саме розпізнавання стрес факторів, особистісної реактивності чи навпаки толерантності) і робота по зниженню дії стресорів. Це відбувається з допомогою залученості цілої системи спеціальних прийомів, що виступають перешкодою для дії стресу. Це прийоми:

- розпізнавання стресу, він вимагає оволодіння навичками ідентифікації сигналів, що попереджають нас про стрес;
- проведення глибокої когнітивної оцінки ситуації, виявлення стрес-факторів професійної діяльності особистості і здійснення спроб усунення їх дії;
- ведення «Щоденника стресових подій»;
- аналіз глобальних професійних чи життєвих змін;
- зазначення головних стрес-факторів і прийомів подолання даного синдрому за певний період, визначення власного заохочення та покарання;

- дослідження основних мотивів професійної діяльності;
- ухвалення рішення про можливість продовження роботи на тому ж місці;
- тимчасово зменшення навантаження та оволодіння навичками раціонального розподілу свого часу;
- спробувати змінити імідж «трудоголіка» використовуючи певні прийоми;
- скласти список з переліком аргументів чому я хочу це робити;
- проявити асертивну поведінку, показати себе та здатність задовільнити свої потреби;
- дати визначення поняттю життєвого успіху;
- створити групу соціальної підтримки, де тебе будуть сприймати таким яким ти є, а не що ти можеш зробити;
- скласти для себе збалансовану дієту, правильно харчуватись.

На другій фазі – сприймання професійної ситуації (як стресової) потрібно застосовувати прийоми які стануть перешкодами на дорозі до стресу:

- потрібно обрати стратегію сприймання вибірково;
- сприймати життя як свято;
- використовувати трюїзми, гумор як захист від стресової ситуації;
- визначити власний тип поведінки в стресовій ситуації;
- аналіз своєї впевненості та у своїх рішеннях, чіткий контроль власного життя;
- аналіз ролі локусу контролю в керівництві стресом;
- використання аутогенного тренування та технік медитації, фізичних вправ з врахуванням своїх індивідуально-психологічних особливостей [56, с. 124-133].

Провівши аналіз наукової літератури можна констатувати, що на даний момент немає єдиної стратегії щодо профілактики емоційного вигорання. Тому є потреба у подальшому експериментальному вивченні даної проблеми [38, с. 30-36].

3.2. Психологічна саморегуляція – ефективний метод профілактики емоційного виснаження у медичних працівників

Кожній людині при фізичному та розумовому навантаженні необхідна висока активність і витривалість. В будь-якому суспільстві чи колективі, групі вся ситуація залежить від стану та розвитку кожної окремо взятої особистості. Кожна особистість може змінювати не тільки свій особистий світ, а і суттєво впливати на стан соціального середовища яке його оточує. Іншими словами кожна людина керуючи своїм внутрішнім світом в певній мірі керує групою, колективом. Цей вплив відбувається щоденно і часто неусвідомлено, ну і модель мислення «не ми такі, а життя таке» є добре розповсюдженою і зручною для людей, так як повністю позбавляє внутрішньої відповідальності за свій благо устрій.

Багато людей все більше усвідомлюють, що в сучасному нашому суспільстві працює правило порятунок втопаючого, є справою його власних дій, і починають розуміти, що ніхто про них не буде належно дбати допоки вони самі цього не зроблять. Виникає питання як подбати?

Всі люди від народження мають здатність керувати своєю поведінкою відштовхуючись від власних потреб і вона називається саморегуляція. На рівні біологічному саморегуляція відбувається автоматично без волі і бажань людини, а от на рівнях комунікації та професійної діяльності ми маємо можливість, та й повинні здійснювати регулювання свого життя.

Результат будь якої нашої свідомої дії, вчинку їх продуктивність, надійність, успішність напряму буде залежати від нашого процесу саморегуляції а саме від його якісних характеристик.

У вузькому психологічному контексті саморегуляцію розуміють як процес який має системну організацію і ініціює, будує, підтримує та керує всією внутрішньою та зовнішньою активністю людини, підтримує наш організм в стані рівноваги.

На даному етапі розвитку психології є багато підходів і концепцій щодо цього процесу, однак найвдалішою вважається структурно-функціональна модель О.О. Конопкіна, який розглядає саморегуляцію як систему тісно взаємопов'язаних структурно-функціональних компонентів:

- мета. З неї починається будь-який регульований процес. Вона абстрактно відображає потреби і бажання людини на кінцевому етапі.
- модель значимих умов. Тут повністю відображено розуміння людиною умов в яких ситуація проходить і буде відбуватися досягнення мети.
- програма поетапних дій. Це своєрідний план або зазначений суб'єктом алгоритм певних дій, які, на його думку, потрібні для досягнення мети.
- система суб'єктивних критеріїв успішності. Досягнення будь-якої сформульованої мети та досягнення її людиною містить оцінювання успішності тої мети через власні і особливі для кожної людини критерії.
- контроль та оцінка результатів. Тут відбувається отримання та обробка інформації щодо досягнення або недосягнення мети.
- рішення про корекцію. Це останній етап саморегуляції, якщо мета не відповідає критеріям успішності суб'єкта, то можлива перебудова всієї системи саморегуляції.

Життя людини, її професійна активність, взаємовідносини в суспільстві — це досить складний та багатовимірний процес, однак коли розглядати всі наші події та ситуації досить детально, то можна обов'язково побачити реальне втілення цієї вищеописаної послідовності на всіх різних етапах. Якщо ця послідовність порушується, руйнуються окремі її ланки і добавляються несприятливі зовнішні умови, то це є першою і головною причиною проблем у професійній діяльності.

Особисте психологічне благополуччя людини в певній мірі залежить від того, чи вміє вона керувати своїми почуттями, своїми думками та поведінкою. Психологічна саморегуляція не може змінити оточуючий світ людини, однак здатна змінити та зорганізувати саму людину в тому напрямку який їй потрібен. Оскільки відомим є факт, що той вплив будь-якої події на людину не залежить

від характеру тої самої події, а залежить від глибини її переживання людиною. Якщо в людини сильний інтелект, вона толерантна, духовно витривала у досконалому вмінні керувати своїми емоціями, настроєм та вчинками — все це є бар'єром на шляху до виникнення схильності до синдрому вигорання. Якщо людина має багато психологічної енергії, високо духовно витривала, то на неї не впливають дрібні непорозуміння, де люди в яких слабка духовність та слабке психічне здоров'я виходять із рівноваги.

Сучасні психологи та лікарі розробили чимало різних технік, прийомів та різних програм психологічної саморегуляції. До них відносять техніки аутотренінгу, різні програми особистісного розвитку, безліч психотерапевтичних методів (таких як арт-терапія, музикотерапія та інші). Однак які б методи, прийоми, техніки не використовувала людина, все ґрунтується на почутті відповідальності за свою долю і прагненні до ефективних змін на краще через керування собою та особистим життям.

Висновок до розділу III

Треба сказати, що всі види профілактичної роботи поділяються на дві групи: - допомога яка надається на рівні організації; - допомога яка надається на особистісному рівні. В свою чергу науковці Т.В. Зайчикова та Л.М. Карамушка розробили індивідуальну технологію профілактики і подолання синдрому «професійного вигорання», яка включає послідовні фази та конкретні прийоми.

Провівши аналіз наукової літератури можна констатувати, що на даний момент немає єдиної стратегії щодо профілактики емоційного вигорання. Тому є потреба у подальшому експериментальному вивченні даної проблеми.

Сучасні психологи та лікарі розробили чимало різних технік, прийомів та різних програм психологічної саморегуляції. До них відносять техніки аутотренінгу, різні програми особистісного розвитку, безліч

психотерапевтичних методів (таких як арт-терапія, музикотерапія та інші). Однак які б методи, прийоми, техніки не використовувала людина, все ґрунтується на почутті відповідальності за свою долю і прагненні до ефективних змін на краще через керування собою та особистим життям.

РОЗДІЛ IV. БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ, ОСНОВИ ОХОРОНИ ПРАЦІ

4.1. Безпека життєдіяльності - важливий чинник сталого людського розвитку

Головним питанням теорії і практики безпеки життєдіяльності є питання підвищення рівня безпеки, що вимагає проведення ідентифікації (виявлення) та оцінювання наслідків негативного впливу небезпек на життєдіяльність.

Небезпеки – це явища, об'єкти, процеси, що за певних умов і в певний час здатні завдавати шкоди здоров'ю і життю людини або суспільству в цілому.

Потенційними джерелами небезпек є всі об'єкти, системи, предмети, які мають енергію, хімічні та біологічні активні компоненти або властивості, які не відповідають умовам життєдіяльності людини. За своєю природою небезпеки бувають: *потенційні* (приховані), *перманентні* (постійні, безперервні), *тотальні* (загальні, всеохоплюючі). Отже, у світі немає місця і часу, де і коли б людині не загрожували небезпеки. Раніше джерелами небезпек були явища природи, тваринний світ тощо. З часом з'явилися небезпеки, створені самою людиною (антропогенного походження).

Небезпека може завдати шкоду людині лише в тому разі, коли вона *проявляється* (наприклад, наїзд автомобіля на людину). Проявлення небезпеки спричиняє дію окремих факторів, що можуть завдати шкоди.

Фактор (лат. *factor* – діючий) – причина, рушійна сила, властивості будь-якого процесу, що визначають його характер чи окремі його риси.

За рівнем негативних наслідків розрізняють шкідливі, небезпечні, уражуючі фактори.

Шкідливі фактори можуть викликати захворювання чи зниження працездатності людини як у неприхованій, так і в прихованій формі.

Небезпечні фактори викликають за певних умов травми чи раптове погіршення здоров'я (головний біль, погіршення чи втрату зору, слуху, зміну психологічного і фізичного стану і т. ін.).

Уражуючі фактори здатні викликати не тільки травми, але й спричинити загибель людини.

Такий розподіл факторів досить умовний, залежно від обставин один і той же фактор може спричинити захворювання, травму чи загибель людини.

Негативні наслідки у разі проявлення небезпеки можливі за таких умов:

- небезпека реально існує;
- людина перебуває в зоні дії окремих факторів;
- людина не має достатньо ефективних засобів захисту або діє неадекватно ситуації.

Прояв небезпек відбувається з певних причин. *Причина* – це збіг обставин, унаслідок яких проявляється небезпека та виникають ті чи інші негативні наслідки: нервові потрясіння, травми, хвороби, що спричиняють інвалідність, а іноді й смерть людини. Таким чином утворюється ланцюг «*небезпека – причина – наслідки*». Розірвавши ланцюг (тобто ліквідувавши причину), можна уникнути проявлення небезпеки і, відповідно, наслідків.

Саме в цьому полягає забезпечення БЖД – недопущення проявлення небезпек з негативними наслідками.

Отже, **БЖД** – такі умови, норми життя та праці людей, параметри навколишнього середовища, за яких з відповідною ймовірністю виключається проявлення небезпек з негативними наслідками.

З метою визначення і спрямування заходів щодо попередження прояву небезпек і зниження розміру негативних наслідків складають таксономію та номенклатуру небезпек.

Таксономія небезпек – класифікація та систематизування небезпек за окремими ознаками, наприклад за походженням (природні, антропогенні), за сферою проявлення (техногенні, соціальні, екологічні, побутові, виробничі), за характером дії на людину (механічні, енергетичні, хімічні, біологічні,

психологічні, активні, пасивні), за наслідками дії на людину (захворювання, травми, загибель), за структурою факторів (прості, складні, похідні), за часом проявлення (імпульсивні, кумулятивні).

Номенклатура небезпек – перелік назв, термінів, систематизованих за окремими ознаками, наприклад в алфавітному порядку, за ймовірністю проявлення з негативними наслідками та ін. В окремих випадках складається номенклатура небезпек для конкретних об'єктів (підприємств, цехів, професій, місць праці і т. ін.).

Слід підкреслити велике значення людського фактора у виникненні небезпек та їх проявленні у процесі взаємодії з навколишнім середовищем. Цю взаємодію прийнято визначати формулою (системою) *«людина –техніка – середовище»* (ЛТС).

Втручаючись у природне середовище та застосовуючи технічні засоби, не завжди враховують негативні наслідки цього: забруднення середовища понад допустимі норми, порушення технологічного процесу, нераціональне використання енергоресурсів тощо.

Уже тепер природа не в змозі нейтралізувати результати антропогенного впливу, що призводить до втрати потрібних компонентів природного середовища або використання деяких з них із невідповідними параметрами, що призводить до зниження рівня безпеки ЖД. Чим вищий рівень безпеки ЖД у суспільстві, тим більше людського ресурсу включається до сфери діяльності, більше залучено засобів виробництва, вищий морально-психологічний стан у суспільстві, і, відповідно, більший національний прибуток, вищий рівень життя людей. Отже, заходи забезпечення БЖД у сучасних умовах становлять один із важливих напрямів діяльності окремої людини і суспільства в цілому в підтриманні сталого розвитку людства.

Людський фактор також виявляється у соціальній сфері. Джерелом окремих небезпек у суспільстві є певні групи людей: наркомани, носії небезпечних хвороб, алкоголіки та ін. Економічна, політична, військова та інші

види діяльності людей призводять чи можуть призвести до воєн, голоду, геноциду та інших негативних наслідків.

На частку діяльності людини припадає від 40 до 80 % причин виникнення небезпек (аварій, катастроф, епідемій тощо). Це ще раз підтверджує аксіому БЖД: будь-яка діяльність людини потенційно небезпечна.

4.2. Соціально-економічне значення охорони праці

Соціальне значення охорони праці полягає у сприянні зростанню ефективності суспільного виробництва шляхом безперервного вдосконалення та покращення умов праці, підвищення його безпеки, зниження виробничого травматизму і захворюваності. Нормалізація умов праці, виключення або зведення до мінімуму рівня професійних захворювань і травматизму дозволяють знизити втрату працездатності й тим самим підвищити продуктивність праці, а також зменшити економічні втрати підприємства, викликані соціальними виплатами на компенсацію втраченого здоров'я працюючих[3; 8].

Таким чином, соціальне значення охорони праці проявляється у впливі на зміну трьох основних показників, що характеризують рівень розвитку суспільного виробництва:

1. Зростання продуктивності праці за рахунок:

- скорочення внутрішньозмінних простоїв шляхом попередження передчасного стомлення, а також зниження числа або ліквідації мікротравм, обумовлених несприятливими умовами праці. Попередження передчасного стомлення за допомогою раціоналізації умов праці, введення оптимальних режимів праці та відпочинку й інших заходів на підприємствах сприяє збільшенню ефективного використання робочого часу. Цьому сприяє і ліквідація мікротравм, тому що кожна з них супроводжується втратою до 2-х годин робочого часу;

- скорочення цілодобових втрат робочого часу в результаті зниження рівня або ліквідації тимчасової непрацездатності через виробничий травматизм, професійну й загальну захворюваність. Цей показник має важливе значення для промислового виробництва, де кожна травма сьогодні, за даними статистики, супроводжується втратою працездатності в середньому більш ніж на 26 днів.

2. Збереження трудових ресурсів і підвищення професійної активності працюючих за рахунок:

- поліпшення стану здоров'я працюючих і збільшення середньої тривалості їхнього життя шляхом поліпшення умов праці, що також супроводжується збільшенням виробничого стажу працюючих при підтриманні їхньої високої трудової активності;

- підвищення професійного рівня внаслідок зростання кваліфікації і майстерності у зв'язку зі збільшенням виробничого стажу;

- можливості використання залишкової трудової активності, великого практичного досвіду й професійних знань пенсіонерів по старості й інвалідів на доступних для них видах робіт і забезпеченні відповідних їх фізичним можливостям умов праці.

3. Збільшення сукупного національного продукту за рахунок поліпшення зазначених вище показників [4; 135 - 136].

Економічне значення охорони праці визначається ефективністю заходів щодо поліпшення умов і підвищення безпеки праці і є економічним вираженням соціальної значущості охорони праці. У зв'язку з цим економічне значення охорони праці оцінюється зміною соціальних показників за рахунок впровадження заходів щодо поліпшення умов праці. Зокрема, результати охорони праці ведуть до збільшення продуктивності праці, фонду робочого часу, зменшення плинності кадрів, зниження непродуктивних витрат часу й праці, зменшення витрат на пільги та компенсації за несприятливі умови праці, скорочення видатків, пов'язаних з виробничим травматизмом та захворюваністю працівників тощо[1; 6].

1. Підвищення продуктивності праці має досягатися за рахунок:

-збільшення працездатності. Наприклад, на підприємствах одним з основних шкідливих виробничих факторів є надлишки теплоти. Цей фактор, що визначає мікрокліматичні умови праці у робочій зоні, істотно впливає на працездатність й продуктивність праці. При температурі повітря на робочих місцях 26 – 30 °С працездатність людини становить усього 20 - 50% її рівня при температурі 18°С. Для багатьох підприємств також характерні низькі рівні освітленості на робочих місцях через наявність в них однобічного бічного природного освітлення, захаращеності цехів великогабаритним устаткуванням й недостатнім доглядом за освітлювальними пристроями. При незадовільному освітленні (в 2 - 4 рази нижче норми) продуктивність праці знижується на 4 - 8 %, та завдається велика шкода органам зору;

- попередження стомлення. Усяке відхилення умов праці на робочих місцях від санітарно-гігієнічних нормативів змушує організм людини додатково витратити енергію для протидії несприятливому впливу шкідливих виробничих факторів. Так, наприклад, при інтенсивності шуму на робочому місці 90 дБА робітник у середньому витрачає на 20 % більше фізичних зусиль і нервово-психологічного навантаження для того, щоб зберегти рівень виробітку, який він забезпечує при інтенсивності шуму 70дБА, значна шкода завдається органам слуху;

- підвищення ефективності використання устаткування й фонду робочого часу за рахунок зниження внутрішньозмінних простоїв через погіршення самопочуття від умов праці й мікротравм. При комплексному впливі на робітника одночасно декількох шкідливих виробничих факторів. Ці простой можуть становити 20-40% цілодобових втрат, обумовлених виробничим травматизмом і захворюваністю;

- підвищення злагоженості в роботі при нормалізації психологічного клімату внаслідок поліпшення умов праці.

2. Зниження непродуктивних витрат часу й праці. Ці витрати складаються через несприятливі умови праці, обумовлені організацією робочих місць без урахування вимог ергономіки. Звичайно непродуктивні витрати часу й праці, що

збільшують трудомісткість робіт, пов'язані з необхідністю виконання зайвих рухів, фізичних зусиль, нервово-психологічних навантажень, з прийняттям незручних поз внаслідок невдалого розташування органів керування устаткуванням, конструктивного оформлення робочих місць й одержання зайвої інформації.

3. Збільшення фонду робочого часу. Воно має бути отримане за рахунок скорочення цілодобових втрат через неявку на роботу в результаті виробничої травми або захворювання. Умови праці істотно впливають не тільки на професійну захворюваність, але й на виникнення та тривалість загальних захворювань. 25 - 30% загальних захворювань на виробництві пов'язано з несприятливими умовами праці. Результати досліджень свідчать, що перевищення припустимої температури повітря в робочій зоні виробничих приміщень на 1 °C супроводжується збільшенням втрат робочого часу через серцево-судинні захворювання в середньому на 4,1 дні в розрахунку на 100 робітників, а перевищення припустимого рівня шуму на робочому місці на 10-20 дБА збільшує тривалість тимчасової непрацездатності з тієї ж причини в середньому на 2-7 днів на 100 працюючих.

4. Економія витрат на пільги й компенсації за роботу в несприятливих умовах праці. Такі пільги й компенсації, як скорочений робочий день й додаткова відпустка, пов'язані зі значними трудовими втратами й супроводжуються виплатами великих грошових сум за фактично не відпрацьований час. Інші різновиди пільг і компенсацій (підвищені тарифні ставки, пільгові пенсії, лікувально-профілактичне харчування, безкоштовна видача молока) також супроводжуються витратою значних коштів. Створення умов праці, що відповідають вимогам охорони праці, дозволяє повністю або частково скасувати ці пільги й компенсації, що дає значну економію витрат.

5. Зниження витрат через плинність кадрів за умовами праці. Із загального числа осіб, які звільнилися за власним бажанням, близько 21% становлять особи, не задоволені умовами праці. На деяких підприємствах особливо висока плинність кадрів серед зайнятих важкою фізичною працею.

Плинність робочої сили завдає істотної шкоди підприємствам, тому що особи, які звільняються, деякий період часу працюють зі зниженою продуктивністю, а прийняті замість них нові робітники вимагають виробничого навчання. Процес звільнення і наймання також супроводжується витратами коштів. У цілому по народному господарству плинність кадрів завдає значні економічні втрати, тому що кожен, хто звільнився, займаючись працевлаштуванням на нове місце, при переході з одного підприємства на інше в середньому не працює близько одного місяця [6].

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Провівши аналіз наукових джерел, ми спостерігаємо в роботах науковців різні терміни які є тотожними поняттю «burnout», це: емоційне вигорання, емоційне виснаження, професійне вигорання, психічне вигорання, професійний стрес. Ми ж, в нашій кваліфікаційній роботі, використовуємо робоче поняття «емоційне виснаження». Необхідно підкреслити, що на сьогодні немає єдиного розуміння емоційного виснаження та його структури. Деякі автори (Е. Махер, Д. Кондо) розглядають емоційне виснаження як різновид стресу, а стресогенними чинниками виступають пацієнти медичних закладів. Однак, інші дослідники (З. Маслач, А.Р. Абрумова, В. У. Жваво) розглядають емоційне виснаження як наслідок впливу на особистість цілого комплексу стресогенних чинників.

Таким чином, “емоційне виснаження” – це цілий спектр різного роду чинників, однак індивідуальна ситуація щодо професійного розвитку в певних умовах або підсилює їх дію, або навпаки нівелює. Найбільш популярною на сьогоднішній день є класифікація факторів виснаження Б. Перлмана і Е. Хартмана які виокремлюють три категорії факторів які впливають на розвиток виснаження в професіях сфери діяльності «людина – людина». Автори виокремлюють особистісні фактори, рольові та організаційні.

На основі опрацьованої інформації, можемо констатувати, що емоційне вигорання медичних працівників має тісний зв'язок з цілим комплексом факторів ризику які поділяють на три групи: трудові, соціальні і психологічні. Найбільше значення для виникнення синдрому вигорання відводиться робочим факторам.

Також багато трудових, соціальних і психологічних факторів сприяють зниженню рівня емоційного виснаження, тобто носять захисний характер. Психологічні захисні фактори виступають основними у попередженні виникнення емоційного виснаження. Сюди відносять емпатійність, емоційний інтелект, оптимізм, локус контролю та певні особистісні риси характеру.

В цьому розділі для перевірки нашої гіпотези було проведено емпіричне дослідження. Наше дослідження відповідно до поставлених завдань умовно розділилось на три етапи.

На першому етапі ми проаналізували особливості протікання синдрому емоційного вигорання в професійній діяльності, і згодом підібрали методики для перевірки зазначених завдань дослідження.

Методи та методики нашого експериментального дослідження підбирались згідно до вирішення поставлених завдань, а при виборі методик дотримувались твердження що у працівників медичної сфери будуть встановлені однакові взаємозалежності між особливостями особистості, такими як тривожність, локус контролю, рівень емпатійних здібностей та емоційним виснаженням.

Аналізуючи отримані результати нашого дослідження можна підсумувати, що існують кореляційні зв'язки між фазами емоційного виснаження працівників медичної сфери та особистісними проявами тривожності, локусу контролю та емпатійних здібностей. А отже, всі фази емоційного вигорання корелюють між собою, і доводять той факт, що спочатку формується перша фаза вигорання, на її основі формується друга, а на основі другої – третя.

Треба сказати, що всі види профілактичної роботи поділяються на дві групи: - допомога яка надається на рівні організації; - допомога яка надається на особистісному рівні. В свою чергу науковці Т.В. Зайчикова та Л.М. Карамушка розробили індивідуальну технологію профілактики і подолання синдрому «професійного вигорання», яка включає послідовні фази та конкретні прийоми.

Провівши аналіз наукової літератури можна констатувати, що на даний момент немає єдиної стратегії щодо профілактики емоційного вигорання. Тому є потреба у подальшому експериментальному вивченні даної проблеми.

Сучасні психологи та лікарі розробили чимало різних технік, прийомів та різних програм психологічної саморегуляції. До них відносять техніки аутотренінгу, різні програми особистісного розвитку, безліч

психотерапевтичних методів (таких як арт-терапія, музикотерапія та інші). Однак які б методи, прийоми, техніки не використовувала людина, все ґрунтується на почутті відповідальності за свою долю і прагненні до ефективних змін на краще через керування собою та особистим життям.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреева И. Н. Синдром эмоционального выгорания у студентов педагогических и юридических специальностей : материалы I Международной научно-практической конференции [«Феномен человека в психологических исследованиях и в социальной практике»]; (31 октября – 1 ноября 2003 года, г. Смоленск) / И. Н. Андреева . – Смоленск, 2003. – С. 5–7.
2. Банников А. Г. Охрана природы / А. Г. Банников, А. К. Рустамов, А. А. Вакулин. – М. : Агропромиздат, 1995. – 321 с.
3. Безпека життєдіяльності (забезпечення соціальної, техногенної та природної безпеки) : навч. посібник / В. В. Бегун, І. М. Науменко — К. : 2004. – 328 с.
4. Безпека життєдіяльності : навчальний посібник / В. В. Березуцький, Л. А. Васьковець, Н. П. Вершиніна та ін. [за ред. проф. В. В. Березуцького]. – Х. : Факт, 2005. – 348 с.
5. Безпека життєдіяльності : навчальний посібник / М. А. Касьянов, Ю. П. Ревенко, В. О. Медяник та ін. – Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2006. – 284 с.
6. Безносков С. П. Профессиональная деформация личности / С. П. Безносков. – СПб. : Речь, 2004. – 272 с.
7. Бойко В. В. Энергия эмоций / В. В. Бойко. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб. : Питер, 2004. – 474 с.
8. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. – М. : Информ. издат. дом Филин, 1996. – С. 132–147.
9. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. – М. : Наука, 1996. – 384 с.
10. Бодров В. А. Информационный стресс / В. А. Бодров. – М. : ПЕР СЗ, 2000. – 352 с.
11. Булатевич Н. М. До проблеми психічного вигорання / Н. М. Булатевич // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія “Соціологія. Психологія. Педагогіка. – 2002. – Вип. 12–13. – С. 121–124.

12. Винниченко Н. Л. Педагогика : Воспитательная деятельность в образовательном учреждении : учебное пособие / Н. Л. Винниченко. – Томск : Изд-во ТГПУ, 2005. – 92 с.
13. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания : диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 336 с.
14. Гиссен Л. Д. Время стрессов / Л. Д. Гиссен. – М. : Физкультура и спорт, 1990. – 192 с.
15. Гринберг Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг. – СПб. : Питер, 2002. – 496 с.
16. Гришина Н. В. Помогающие отношения : профессиональные и экзистенциальные проблемы / Н. В. Гришина // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб. : Изд-во СПб. ун-та, 1997. – С. 143–156.
17. Демина Л. Д. Психическое здоровье и защитные механизмы личности / Л. Д. Демина, И. А. Ральникова. – М. : Алтайский государственный университет, 2000. – 123 с.
18. Деркач А. А. Акмеология : пути достижения вершин профессионализма / А. А. Деркач, Н. В. Кузьмина. – М. : РАУ, 1993. – 23 с.
19. Домнич Т. М. Опитувальник на визначення механізмів захисту / Т. М. Домнич // Практична психологія та соціальна робота. – 2001. – № 6. – С. 18 – 21.
20. Елдышова О. А. Синдром выгорания как форма устойчивой личностной деформации: материалы Международной научно-практической конференции [«Психологическое консультирование и психотерапия : на стыке наук, времен, культур»], (27 сентября – 1 октября 2007 г.) / О. А. Елдышова ; [сост. Л. Г. Гончарова, И. А. Монахова]. – Астрахань, 2007. – С. 65–67.
21. Ермолаев О. Ю. Математическая статистика для психологов / О. Ю. Ермолаев. – М. : Московский психолого-социальный институт Флинта, 2003. – 336 с.

22. Зайчикова Т. В. Психологічні особливості прояву синдрому емоційного вигорання у студентів / Т. В. Зайчикова // Актуальні проблеми психології. – К. : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – 2006. – Т. 8. : Психологічна теорія і технологія навчання. – 2006. – С. 122–135.
23. Занковский А. Н. Психическая напряженность как свойство личности / А. Н. Занковский // Психическая напряженность в трудовой деятельности. – М. : Наука., 1989. – С. 225–237.
24. Иванова Е. А. Основы психологического изучения профессиональной деятельности / Е. А. Иванова. – М. : МГУ, 1987. – С. 17.
25. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2002. – 752 с.
26. Карамушка Л. М. Психологічні основи управління в системі середньої освіти / Л. М. Карамушка. – К. : ІЗМН, 1997. – 180 с.
27. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Академический Проект, 2009. – 943 с.
28. Климов Е. А. Индивидуальный стиль деятельности / Е. А. Климов // Психология индивидуальных различий [под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. – М. : Издательство МГУ, 1982. – С. 74–77.
29. Климов Е. А. Пути в профессионализм (Психологический взгляд) : учебное пособие / Е. А. Климов. – М. : Московский психолого-социальный институт : Флинта, 2003. – 320 с.
30. Кон И. С. Категория «Я» в психологии / И. С. Кон // Самосознание и защитные механизмы личности. – Самара : Бахрам ; М., 2000. – 655 с.
31. Коновальчук В. І. Психологічний зміст механізму заміщення та його врахування у процесі підготовки психологів-практиків : автореф. дис. на здобуття наук. звання к. психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна психологія» / В. І. Коновальчук. – К., 1998. – 19 с.
32. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас. – М. : Академический проект, 1999. – 240 с.

33. Кузьмина Н. В. Очерки психологии труда учителя : психологическая структура деятельности учителя и формирование его личности / Н. В. Кузьмина. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1967. – 183 с.
34. Куликов Л. В. Виды трудового стресса / Л. В. Куликов, О. А. Михайлова // Психология психических состояний / [под. ред. О. Прохорова]. – Казань, 2001. – Вып. 3. – 262 с.
35. Лаврова К. Синдром выгорания: профилактика и управление : пособие для сотрудников, работающих в программах снижения вреда / К. Лаврова, А. Левин. – Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (ССВЦВЕ), 2006. – 69 с.
36. Лазарус И. Теория стресса и психофизиологические исследования / И. Лазарус // Эмоциональный стресс / [под ред. Л. Леви]. – Л. : Медицина, 1970. – С. 178–208.
37. Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А. Б. Леонова // Вестник Московского ун-та. Серия 14. Психология. – 2000. – № 3. – С. 4–19.
38. Липов В. Н. Феномен психологической защиты : теория и перспективы исследования / В. Н. Липов // Психология в вузе. – 2005. – № 4. – С. 68–71.
39. Мартынова Т. Н. Сибирская психология сегодня : сборник научных трудов / Т. Н. Мартынова, О. П. Бусовикова. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 2003. – Вып. 2. – 410 с.
40. Малец Л. Внимание : «выгорание» / Л. Малец // Персонал. – 2000. – № 2. – С. 99–102.
41. Марищук В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В. Л. Марищук, В. И. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь, 2001. – 260 с.
42. Маркова А. К. Психология профессионализма / А. К. Маркова. – М. : Педагогіка, 1996. – 256 с.
43. Методичні рекомендації «Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери» / [за загальною редакцією кандидата

- медицини наук М. Л. Авраменка]. – Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів – Л. : 2008. – 53 с.
44. Наенко Н. И. Психическая напряженность / Н. И. Наенко. – М. : Из-во Москов. ун-та, 1976. – 112 с.
45. Нартова-Бочавер С. К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности / С. К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18. – №5. – С. 21–30.
46. Небылицын В. Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий / В. Д. Небылицын. – М., 1976. – 452 с.
47. Общая психодиагностика / [под ред. А. А. Бодалева, В.В. Столина]. – М. : МГУ, 1987. – 436 с.
48. Овчарова Р. В. Справочная книга школьного психолога / Р. В. Овчарова. – М. : Просвещение, 1996. – 338 с.
49. Орел В. Е. Синдром выгорания в современной психологии : состояние, проблемы, перспективы / В. Е. Орел // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / [под ред. В. В. Лукьянова, Н. Е. Водопьяновой, В. Е. Орла и др.] ; Курск. гос. ун-т. – Курск, 2008. – С. 54–80.
50. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии : эмпирические исследования / В. Е. Орел // Журнал практической психологии и психоанализа. – № 3. – 2001. – С. 3–5.
51. Основы педагогического мастерства / [под ред. И. А. Зязюна]. – М. : Вища школа, 1987. – 207 с.
52. Практикум з психології : навчальний посібник / [укладачі : Г. М. Дубчак, Н. Г. Рудюк]. – Чернівці : Рута, 2006. – 360 с.
53. Пророк Н. В. Практичний психолог : професійно важливі якості / Н. В. Пророк // Психологія. – Донецьк, 2002. – №1. – С. 16–17.
54. Професійна освіта : Словник : навч. посібник / [уклад. С. У. Гончаренко та ін. ; за ред. Н. Г. Ничкало]. – К. : Вища школа, 2000. – 380 с.

55. Профилактика профессионального выгорания сотрудников благотворительных организаций : учебно-методическое пособие / [ответственный за выпуск М. Л. Смутьсон]. – К. : КИСОР, 2003. – 72 с.
56. Пряжников Н. С. Психология труда и человеческого достоинства / Н. С. Пряжников, Е. Ю. Пряжникова. – М. : Академия, 2007. – 480 с.
57. Психология менеджмента : учебник для вузов / [под ред. Г. С. Никифорова]. – СПб. : Питер, 2004. – 639 с.
58. Психологический словарь / [под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова]. – М. : Педагогика-Пресс, 2001. – 440 с.
59. Рабочая книга практического психолога : пособие для специалистов, работающих с персоналом / [под ред. А. А. Бодалева, А. А. Деркача, Л. Г. Лаптева]. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 640 с.
60. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : Учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. – 672 с.
61. Рибалка В. В. Особистісний підхід як психолого-педагогічний принцип організації профільної та професійної підготовки учнівської молоді / В. В. Рибалка // Психологія особистісно-орієнтованої професійної підготовки учнівської молоді : науково-методичний посібник. – Київ, Тернопіль : Підручники і посібники, 2002. – С. 80–90.
62. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога : учебное пособие : в 2 кн. / Е. И. Рогов. – М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – Кн. 2. : Система работы психолога с детьми разного возраста. – 480 с.
63. Роджерс К. Эмпатия / К. Роджерс // Психология эмоций. Тексты / [под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер]. – М. : Изд-во МГУ, 1984. – 260 с.
64. Романова Е. С. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика / Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников. – Мытищи, 1996. – 140 с.
65. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т. И. Ронгинская // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23. – № 3. – С. 85–95.

66. Самикіна Н. Синдром вигорання у працівників пенітенціарної системи / Н. Самикіна, В. Сулицький // Соціальна психологія. – 2004. – № 4 (6). – С. 43–48.
67. Самоукина Н. В. Психология профессиональной деятельности / Н. В. Самоукина. – СПб. : Питер, 2003. – 224 с.
68. Селье Г. Стрессе без дистресса / Г. Селье. – М. : Прогресе, 1979. – 124 с.
69. Семиченко В. А. Психічні стани / В. А. Семиченко. – К. : Магістр-S, 1998. – 208 с.
70. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій : гендерні аспекти / [за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової]. – К. : Міленіум, 2006. – 368 с.
71. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий : коллективная монография / [под ред. В. В. Лукьянова, Н. Е. Водопьяновой, В. Е. Орла и др.] ; Курск. гос. ун-т. – Курск, 2008. – 336 с.
72. Степанова М. А. Профессия : практический психолог / М. А. Степанова // Вопросы психологии. – 2001. – № 5. – С. 80–85.
73. Трунов Д. О. О профессиональной деформации практического психолога / Д. О. Трунов // Психологическая газета. – 1998. – № 1. – С. 12–13.
74. Трунов Д. Г. «Синдром сгорания» : позитивный подход к проблеме / Д. Г. Трунов // Журнал практического психолога. – 1998. – № 8. – С. 84–89.
75. Урбанович А. А. Психология управления / А. А. Урбанович. – М. : Харвест, 2003. – 640 с.
76. Фирсова А. В. Изучение и профилактика эмоционального выгорания у педагогов / А. В. Фирсова, А. М. Павлова // Психология сегодня : материалы XI региональной научно-практической конференции студентов и аспирантов. – Екатеринбург, 2009. – 261 с.
77. Форманюк Т. В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя / Т. В. Форманюк // Вопросы психологии. – 1994. – № 6. – С. 57–64.

78. Фрейд З. Введение в психоанализ / З. Фрейд. – Спб. : Алетейя Спб., 1999. – 250 с.
79. Хомич Л. О. Соціально-психологічні особливості готовності майбутніх психологів до практичної діяльності : зб. наук. пр. “Психологія” / Л. О. Хомич, Л. М. Урупа. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 1998. – Вип. II. – С. 109–112.
80. Хорошкина Е. Профессиональное «выгорание» специалистов / Елена Хорошкина // Отдел Кадров. – 2005. – № 5. – С. 3–5
81. Чаплак Я. В. Прояв синдрому емоційного вигорання у студентів-психологів / Я. В. Чаплак, Н. С. Коновчук // Naukowa mysl informacyjnego wieku – 2010 : Materialy VI miedzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji. – Przemysl : Nauka i studia. – 2010. – № 10. – С. 8–11.
82. Чаплак Я. В. Попередження та профілактика вивикнення синдрому емоційного вигорання у представників різних професій / Я. В. Чаплак, Н. С. Коновчук // Wyksztalcenie I nauka bez granic – 2009 : Materialy V miedzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji. – Przemysl : Nauka i studia. – 2009. – № 15. – С.30-36.
83. Чебыкин А. Я. Проблема эмоциональной устойчивости / А. Я. Чебыкин // Психическая напряженность в трудовой деятельности. – М. : Ин-т психологии АН СССР, 1989. – С. 197–217.
84. Шапар В. Б. Психологічний тлумачний словник / В. Б. Шапар. – Харків, Прапор, 2004. – 640 с.
85. Яценко Т. С. Проблема психічного вигорання у контексті вирішення завдань практичної психології (за результатами IV Всеукраїнського навчально-методичного семінару «Теоретичні та методичні засади практичної психології» (2-4 травня 2007 р. м. Ялта) / Т. С. Яценко (та ін.). – С.7–15.
86. Cordes C. L. A review and an integration of research on job burnout / C. L. Cordes, T. W. Dougherty // Academy of Management Review. – 1993. – V. 18. – Issue 4.

87. Dion G. Le burnout chez les educatrices et garderie : proposition d'un modele theorique / G. Dion // *Apprentissage et Socialisation*. – 1989. – V. 12 (4). – P. 205–215.
88. Freudenberger H. J. Staff burnout / H. J. Freudenberger // *Journal of Social Issues*. – V. 30. – 1974. – P. 150–165.
89. Maslach C. Prevention of burnout: new perspectives / C. Maslach , J. Goldberg // *Applied and Preventive Psychology*.– V. 7. – 1998. – P. 63–74.
90. Maslach C. The truth about brnout : How organizations cause persona stress and what do about it. / C. Maslach , M. P. Leiter. – San Francisco, CA : Jossey-Bass, 1997.
91. Maslach C. The Maslach Burnout Inventory / C. Maslach , S. E. Jackson. –Paolo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1986. – P. 45–63.
92. Perlman B. Burnout : summary and future research / B. Perlman, E. A. Hartman // *Human relations*. – 1982. – V. 35.
93. Plutchik R. A struktural theory of defenses and emotions. Emotions in personality and psychopathology / R. Plutchik, R. Kellerman, H. R. Conte. – N. Y. Plenum, 1979. – P. 229–257.
94. Poulin J. Social worker burnout : A longitudinal study / J. Poulin, C. Walter // *Social work Research and Abstracts*. – 1993. – V. 29. – Issue 4.
95. Rowe M. M. Hardiness as a stress mediating factor of burnout among health-care providers / M. M. Rowe // *American Journal of Health Studies*. – 1998. – V. 14. – Issue 1.