

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

на тему : “Особливості емоційного вигорання лікарів та військовослужбовців”

Студентки 4-го курсу групи ПС-43
першого(бакалаврського)рівня вищої
освіти освітньо-професійної програми
”Психологія”
за спеціальністю 053-психологія
Венедіктова К.С
Керівник: к.псих.н.,доцент ЗВО
Скворчевська Є.Л.

Національна шкала
Кількість балів

Члени комісії

м.Харків -2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТЕЙ У ЛІКАРІВ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	5
1.1 Причини та прояви емоційного вигорання	5
1.2 Психоемоційні фактори у професійній діяльності лікарів.....	12
1.3 Ризики емоційного вигорання у військовослужбовців.....	16
Висновки до першого розділу.....	22
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТЕЙ У ЛІКАРІВ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ..	23
2.1 Опис вибірки та методів емпіричного дослідження.....	23
2.2 Результати емпіричного дослідження, їх аналіз та інтерпретація.....	25
Висновки до другого розділу.....	39
ВИСНОВКИ.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	43
АНОТАЦІЯ.....	45

ВСТУП

Актуальність роботи: Проблема вигорання емоцій стала актуальною для багатьох спеціалістів, але лікарі та військовослужбовці особливо вразливі до цього стану. В епоху, коли суспільство переживає стрес, нестабільність і збільшення психосоціального навантаження, ця проблема набуває особливого акценту. В медичній сфері лікарі щодня стикаються зі значним емоційним навантаженням, пов'язаним з необхідністю приймати важливі рішення, працювати з обмеженими ресурсами і спілкуватися з пацієнтами, які часто перебувають у стані стресу. Однак лікарям доступні обмежені можливості для відновлення своїх сил, що сприяє виникненню стану вигорання. Це в свою чергу призводить до зниження якості медичної допомоги, збільшення кількості професійних помилок, зниження задоволення роботою і до професійного виснаження. Військовослужбовці також піддаються значному ризику емоційного вигорання через особливості їхньої діяльності. Довготривале перебування в умовах фізичних і психологічних навантажень, виконання робіт, пов'язаних з ризиком для життя, а також відсутність контактів з близькими і суспільством сприяють формуванню цього стану. У першу чергу, проблема стає особливо гострою під час воєнних дій, коли військовослужбовці стикаються з наслідками травматичних стресових станів, що заважають подоланню емоційного вигорання. Значення врахування особливостей емоційного вигорання серед лікарів і військових для розробки ефективних методів профілактики та реабілітації не може бути переоцінено. Це також важливо з точки зору благополуччя суспільства, оскільки професіоналізм лікарів і військових є основою для стабільності в період криз.

Отже, вивчення особливостей емоційного вигорання серед лікарів і військових є не просто науковою задачею, а й практичною необхідністю, оскільки це сприяє поліпшенню якості життя і професійної діяльності цих працівників, а також збереженню їхнього психічного благополуччя.

Об'єкт дослідження: емоційне вигорання.

Предмет дослідження: особливості емоційного вигорання лікарів та військовослужбовців.

Мета дослідження: виявити особливості емоційного вигорання лікарів та військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження: Якщо лікарі та військовослужбовці мають високий рівень стресу, то у них високий рівень емоційного вигорання, і навпаки, якщо лікарі та військовослужбовці мають низький рівень стресу, то у них низький рівень емоційного вигорання.

Завдання роботи:

1. Провести теоретичний аналіз особливостей емоційного вигорання лікарів та військовослужбовців.

2. Дослідити ступінь професійного вигорання лікарів та військовослужбовців.

3. Оцінити рівень стресостійкості та соціальної адаптованості лікарів та військовослужбовців.

4. Визначити рівень психологічного добробуту лікарів та військовослужбовців.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення;

- емпіричні: 1. «Шкала вигорання» (К.Маслач);

2. «Опитувальник рівня стресостійкості і соціальної адаптації» (Т. Холмс і Р. Рахе)

3. «Шкала психологічного благополуччя» (К.Рифф);

- статистичні: кореляційний аналіз Спірмена, U-критерій Манна-Уїтні.

Характеристика вибірки: у дослідженні брали участь 50 чоловіків. З них 25 працюють лікарями (віковий діапазон 30-50 років) та 25 військовослужбовців (віковий діапазон 25-45 років).

Практична значущість дослідження: Результати можуть застосовуватися психологами, медиками й військовими організаціями для розробки заходів з профілактики емоційного вигорання, збільшення стійкості до стресу та поліпшення психологічного самопочуття лікарів та військових.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТЕЙ У ЛІКАРІВ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Причини та прояви емоційного вигорання

Емоційне вигорання представляє собою комплексний психологічний феномен, який розвивається поступово і характеризується системним виснаженням особистості на емоційному, когнітивному та фізичному рівнях. Це явище має прогресуючий характер і супроводжується негативними змінами у професійній мотивації, ціннісних орієнтаціях та поведінкових стратегіях людини. Особливістю емоційного вигорання є те, що воно формується саме в контексті професійної діяльності у психічно здорових осіб, які тривалий час перебувають в емоційно напружених умовах праці. Постійне емоційне перевантаження, відсутність належного відпочинку та відновлення ресурсів, а також специфіка роботи з людьми, особливо в кризових ситуаціях, створюють підґрунтя для розвитку цього стану. При цьому відбувається своєрідний захисний механізм психіки, який спрямований на економію енергетичних ресурсів особистості, однак у довгостроковій перспективі призводить до серйозних професійних та особистісних деформацій.

Науковий дискурс щодо проблеми емоційного вигорання сформував два основні підходи до розуміння цього феномену. Перший – результативний – розглядає вигорання як структурне утворення, що містить конкретні складові компоненти та є певним кінцевим станом. Другий – процесуальний – фокусується на динамічних аспектах розвитку вигорання, розглядаючи його як послідовність стадій, що змінюють одна одну. Найбільшого визнання у світовій психології набула трикомпонентна модель К. Маслач та С. Джексона, які концептуалізували емоційне вигорання як багатофакторний конструкт, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень. Ця модель стала

фундаментальною основою для подальших досліджень даного феномену та розробки діагностичного інструментарію.[11].

У 1982 році симптоми синдрому вигорання були описані Кристиною Маслач, американським дослідником та вченим, що запропонував також метод діагностики синдрому Вона визначила цей феномен як специфічний варіант емоційного виснаження, що виявляється у вигляді втрати професіоналом позитивних почуттів та наступного зі стресу міжособистісної взаємодії . Відповідно до визначення К.Маслач, синдром вигорання включає три симптоми:1. Психоемоційне виснаження (ПЕВ). Проявами ПЕВ можуть бути втому, почуття емоційної спустошеності, причиною яких є робота. Професіонал втрачає надію на відновлення сил почувається змученим, спустошеним. Робота чи зустрічі з іншими людьми провокують апатію, почуття безсилля[11].

Можлива поява місце депресивних тенденцій ПЕВ становить основу структури вигорання.2. Деперсоналізація – дегуманізація. Виявляється у зміні ставлення до оточуючим: виявляється негативний настрій, цинізм, адресований колегам або людям, які потребують допомоги, з'являється почуття провини, людина прагне уникнути або хоча б зменшити свої навантаження, воліє автоматичне виконання своїх обов'язків. Проте деякі автори вважають, що деперсоналізацію можна розглядати не лише як негативний прояв, а й як форму професійної захисної стратегії спілкування, коли суб'єкт праці не сприймає партнера зі спілкування як живу особистість зі своїми якостями, а отже,не звертає уваги на можливу грубість, провокації чи інші непристойні види поведінки з боку клієнта чи пацієнта[13].

На думку Петренко О.М. Емоційне вигорання —це тривале, посилююче, негативно забарвлене психологічне явище,що характеризується психоемоційним виснаженням, розвитком не функціональних поведінкових установок і навіть втратою професійної мотивації. Воно проявляється у трудовій діяльності в осіб, що не мають психічних розладів.У світовій літературі існує два основних підходи до розуміння вигорання: результативний та процесуальний. Перший розглядає

вигорання як структуру, тоді як другий зосереджує увагу на його динаміці та розвитку в часі [16].

У роботах К.Маслач показано, що медичний персонал у психіатричних клініках «вигоряє» вже через 1, 5 роки після початку професійної діяльності; юристи (прокурори, адвокати) – після 2-х років від початку роботи, а соціальні працівники "вигоряють" через 2-4 роки. 3. Редукція професійних досягнень (РПД). Під РПД розуміється почуття зниження ефективності діяльності, переживання власної нерезультативності [13]. Професіонал відчуває наростаюче почуття нездатності надати допомогу клієнту/пацієнту, відчуває страждання від браку успіху, визнання, а також втрати контролю над ситуацією, постійно відчуває власну неспроможність та надмірність що висуваються щодо нього вимог. Як видно з визначення, даний компонент вигорання тісно пов'язаний із самооцінкою. Розглянута вище концепція, що є традиційною, проте не вичерпує собою мультифакторний підхід до вивчення синдрому вигорання. Існують також точки зору, згідно з якими кількість факторів зменшено до двох чи, навпаки, збільшено до чотирьох. Так, прихильники двофакторної моделі синдрому вигорання схильні виключати із структури синдрому той чи інший компонент, наприклад, деперсоналізацію або редукцію, залишаючи два інші компоненти – емоційне виснаження та редукцію чи емоційне виснаження і деперсоналізацію відповідно. При розгляді таких підходів стає очевидним, що головним конструктором структури синдрому вигорання є саме виснаження [13].

Д. Грін та його колеги, провівши дослідження синдрому поєднують емоційне виснаження та деперсоналізацію в один базовий фактор, що становить разом із редукцією професійних досягнень структура феномена [6]. Розширення ж традиційної моделі вигорання за рахунок додавання четвертого компонента обумовлено специфікою деяких досліджень, таких, як вивчення вигорання у нафтовиків, які працювали в умовах вахтового методу та видобувних нафту у Північному морі. Це дослідження виявило четвертий фактор у структурі синдрому вигорання, а саме: занепокоєння професіоналів за свої сім'ї у зв'язку з довгим перебуванням на роботі. Як альтернатива мультифакторному підходу до вивчення структури вигорання існують однофакторні моделі. Емоційне виснаження

проявляється як почуття безпорадності, безвиході, які у найважчому варіанті розвитку подій можуть призвести до розпаду емоційної сфери[6].

Щодо розумового виснаження, яке також має місце, то його прояви такі: негативне ставлення як до роботи, так і до самого себе, а також до свого життя загалом. Ще одна модель, що ілюструє однофакторний підхід до розуміння синдрому вигорання, належить П. Бріль, який визначає його як дисфункціональний, дисфоричний стан, зумовлений професійною діяльністю та виникає у здоровій людині, не має патологій. Як ми можемо бачити, це визначення. Виявляє велику подібність із позицією Х.Фрейденбергера, першовідкривача цього феномена характеризується такими змінами в емоційній сфері, як поява дисфоричних симптомів, а також зменшення ефективності в професійній діяльності. Вивчивши мульти та однофакторні моделі вигорання в рамках результативного підходу, перейдемо тепер до процесуального, адже як було згадано раніше, це два основні підходи до розуміння РЕВ у зарубіжній психології [18].

Ідея С.Чернісс - поетапного формування феномену простежується також у кількох підходах, одним із яких є тристадійна модель. На його думку, вигорання – це процес негативної зміни поведінки професіонала, внаслідок стресів у робочому середовищі. Як ми розуміємо з назви, цей процес включає три стадії :1. стресовий стан, що виникає в результаті дисгармонії між наявними у професіонала ресурсами та вимогами робочого середовища;2. Виникнення у професіонала спочатку емоційного напруження, потім втоми та, нарешті, виснаження;3. зміна мотивації та поведінки професіонала, що виявляється, головним чином, у байдужому, тобто не гуманному ставленні до об'єкта праці (клієнту/пацієнту)[20].

В основі даного синдрому вигорання лежить постійне щоденне напруження та емоційна перевтома, яку відчуває людина. Емоційно-мотиваційна втома є одним із станів, при якому спостерігаються мотиваційна нестійкість, емоційна нестійкість, і навіть суб'єктивне переживання втоми. Все це викликає хронічну перевтому. В організмі людини відбувається ряд фізіологічних зрушень, які опосередковані безпосередньо процесом праці. Знижується працездатність та виникає конфлікт, який полягає у протистоянні вимогам професійної діяльності та можливостями

людини, що знизилася. Для того, щоб подолати цей конфлікт, організм повинен мобілізувати. Всі внутрішні ресурси, а для цього він переходить на режим енергетичного функціонування[5].

Стомлення виконує функцію захисту. Воно являє собою природний стан, який у будь-якому випадку виникає в якийсь певний момент професійної діяльності. Однак, згодом тривала втома переростає у хронічну втому. Воно викликає зміну психофізіологічного стану в гірший бік, при якому не допомагає компенсація відпочинком[3].

Досить тривалий руйнівний вплив факторів веде до змін особи, які стають стійкими. При негативних переживаннях виникають адекватні форми реагування. Ситуативні прояви негативних емоцій переходять у такі риси як: замкнутість, агресивність, депресивність, особистісна тривожність тощо. Синдром емоційного вигорання у професійній діяльності проявляється у вигляді психічної напруженості, яка викликана різними конфліктами, а також труднощами, що виникають при вирішенні будь-яких проблем. Все це призводить до виникнення тривоги, фрустрації, відчуття дискомфорту, а також поява песимістичних настроїв. На сьогоднішній день існує досить велика кількість наукових підходів до розуміння сутності та виділення видів психічної напруги. Виділяються два види психічної напруженості:

1. Напруга, що характеризується позитивним, мобілізуючим ефектом.
2. Напруженість, за якої спостерігається зниження стійкості психічних, рухових функцій, що призводить до дезінтеграції всієї особи[3].

Вигорянню сприяє та інша група проблем, пов'язана безпосередньо із робочою ситуацією. Перевантаження у вигляді великого числа підопічних, надлишок інформації, велика кількість вимог. Збільшення навантажень, на думку зарубіжних учених, веде до того, що фахівці «допомагають» професій несвідомо прагнуть зменшення контакту. Спостерігається застосування безособових методів роботи, фахівці менше особистісно зацікавлені, взаємовідносини з іншими людьми мають формальний характер. На думку досить великої кількості авторів, які займаються

вивченням «вигорання», здебільшого саме особистісні особливості впливають розвиток професійного «вигорання»[20].

Індивідуальний тип реагування на стресогенні ситуації має досить велике значення. К.Маслач звертає увагу, що: «... якщо всі знання щодо того, що веде до вигорання, і того, що може йому перешкоджати, призвести до єдиного знаменника, це буде слово – «баланс»[13,с.224]. Порушення балансу в особистому та професійному житті призводить до руйнування». На думку Т.В. Форманюк: «... активна трудова поведінка є однією із форм самореалізації, пошуком самореалізації у сфері професійної діяльності». Насамперед це стосується «допомагаючих професій», які характеризуються високими ідеалами служіння людям, із завищеними вимогами до представників цих професій[13,с.229].

Сидоренко Л.В. Зазначала, що згідно з трикомпонентною моделлю К.Маслач та С. Джексона, вигорання складається з психоемоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійних досягнень. Психоемоційне виснаження виявляється через втому, емоційне спустошення та апатію, що викликане роботою. Це основний компонент вигорання, що формується внаслідок тривалого стресу на робочому місці [17].

Український дослідник В.М. Дорошенко також розглядає альтернативні моделі вигорання. Наприклад, двофакторна модель включає лише емоційне виснаження та деперсоналізацію або ж емоційне виснаження та зниження досягнень. Тоді як чотирикомпонентна модель додає фактор занепокоєння за родину, особливо в умовах вахтової роботи [8].

В.В. Бойко розглядає вигорання як поетапний процес. Наприклад, С.Чернісс пропонує тристадійну модель, що включає стресовий стан, емоційне виснаження та зміну мотивації. Важливо зазначити, що такий підхід дає змогу більш гнучко аналізувати механізми розвитку вигорання та шукати ефективні стратегії його подолання [1].

Григоренко Л.П. відзначає, що Б. Перлман та Е.А. Хартман розглядають вигорання в контексті стресу, виділяючи чотири стадії його розвитку. Вони акцентують увагу на важливості індивідуальних та соціальних факторів, що

визначають сприйняття стресових ситуацій. Це особливо важливо для розуміння вигорання в контексті допомагаючих професій [5].

Таким чином, емоційне вигорання - це серйозне психологічне явище, яке суттєво впливає на професійне та особисте життя людини. Це поступовий процес, що супроводжується емоційним виснаженням, зміною ставлення до роботи та оточуючих, зниженням мотивації та працездатності. Причини цього явища можуть мати як зовнішній (інтенсивне навантаження, стресові умови праці, високі вимоги), так і внутрішній характер (особистісні особливості, рівень тривожності, здатність до саморегуляції емоцій). Науковці розглядають емоційне вигорання з двох основних підходів: результативного (як стан із чіткими характеристиками) та процесного (як динамічний процес, що розгортається у кілька стадій). Трифакторна модель К. Маслач визначає три ключові аспекти вигорання: Емоційне виснаження: відчуття втоми, зниження енергії та втрата здатності ефективно працювати. Деперсоналізація: байдужість, цинізм та емоційне відсторонення у спілкуванні з оточенням. Зниження професійної ефективності: сумніви у власних компетенціях, невпевненість у результатах роботи[13].

Вітчизняні дослідження, зокрема, роботи О. В. Мельник, І. В. Гуменюк та А. П. Скрипки, що свідчать про значний вплив соціального та організаційного середовища на розвиток вигорання. За їхніми висновками, особливо вразливими є представники допоміжних професій: лікарі, вчителі, соціальні працівники, військовослужбовці. Крім того, важливу роль відіграє дисбаланс між роботою та особистим життям, відсутність підтримки, часті конфлікти в колективі та недостатня соціальна оцінка праці[12].

Таким чином, емоційне вигорання є комплексним психологічним станом, що проявляється через виснаження на емоційному, розумовому та фізичному рівнях. Дослідники розглядають його як структурне утворення або як динамічний процес. Згідно з моделлю К. Маслач та С. Джексона, воно включає три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію (негативне ставлення до оточуючих) та зниження професійної самооцінки. Цей стан формується у психічно здорових осіб у професійному контексті, особливо серед представників "допомагаючих професій".

На його розвиток впливають як зовнішні фактори (робоче навантаження, стресові умови), так і внутрішні (особистісні характеристики, емоційна стійкість).

1.2 Психоемоційні фактори у професійній діяльності лікарів

Робота лікаря визнана однією з найбільш напружених і важливих, оскільки вона не тільки вимагає глибоких знань, але й витривалості, вміння приймати важливі рішення у критичний момент, а також здатності ефективно контролювати свої емоції. Медична професія за своєю природою поєднує інтелектуальне навантаження з емоційним, що створює унікальне поле для формування стресових реакцій та можливого розвитку синдрому емоційного вигорання. Щоденна відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів, необхідність постійно підтримувати високий рівень професіоналізму та вирішувати складні клінічні завдання вимагає значних психологічних ресурсів, які з часом можуть виснажуватися, якщо не забезпечується належне відновлення.

Петренко А.В. відзначає, що робота лікаря визнана однією з найбільш напружених і важливих, оскільки вона не тільки вимагає глибоких знань, але й витривалості, вміння приймати важливі рішення у критичний момент, а також здатності ефективно контролювати свої емоції. Вплив емоційних чинників на медичний персонал має значний вплив як на їхню професійну діяльність, так і на фізичне та психічне благополуччя. Ключові психоемоційні аспекти, що впливають на медиків: Неперервний дотик до страждань, болю і смерті людей стає джерелом постійного стресу для лікарів. Багато медичних працівників стикаються з емоційним вигоранням через глибоку емоційну причетність до проблем пацієнтів[16].

Бойко В.В. наголошує, що велика відповідальність створює додаткове навантаження. Лікарі часто змушені приймати рішення під тиском часу, що викликає сильну емоційну напругу. Незначні помилки можуть призвести до катастрофічних

наслідків, що збільшує страх перед можливими наслідками. Протягом довгих робочих днів, включаючи нічні зміни та нестабільний робочий режим, лікарі стикаються з негативним впливом на своє психічне та емоційне благополуччя. Також взаємодія з пацієнтами та їхніми родичами вимагає високого рівня комунікативних навичок та витримки. Особливо складно відстоювати себе, коли пацієнти або їхні близькі проявляють агресію, недовіру або перебільшену емоційність. Глибоке емоційне втручання у спілкування з пацієнтами може призвести до емпатійного виснаження[1].

Карпентер Р. зазначає, що психоемоційні наслідки, емоційне вигорання, виявляється у вигляді втоми, апатії, почуття недостатньої кваліфікації та зменшення задоволення від професійної діяльності. Професійний стрес серед медиків часто викликає серцево-судинні, шлунково-кишкові та нервові захворювання. Погіршення когнітивних здібностей. Хронічна втома може призвести до зниження уваги, пам'яті та спроможності до критичного мислення. Це все призводить до зниження професійної ефективності.[8].

Згідно з дослідженням К. Маслач, до 40% лікарів у США відчувають симптоми емоційного вигорання. Основними тригерами є високе робоче навантаження, відсутність часу відновлення сил і відсутність емоційної підтримки з боку колег.

Дослідження Роберта Карпентера наголошують, що у лікарів, які працюють у відділеннях інтенсивної терапії та невідкладної допомоги, ризик психоемоційних розладів є найбільшим. Карпентер вивчав ефекти тривалого контакту з пацієнтами, які перебувають у критичних станах, і довів, що навіть у лікарів з високою стійкістю спостерігається накопичення стресу, яке може виявитися у вигляді посттравматичного стресового розладу [8].

Дослідження Д. Галлі звертає увагу на проблему "емпатичного синдрому", коли лікарі, працюючи з важкими пацієнтами, поглинають їх емоції, що викликає постійний стан тривоги, почуття провини за неможливість врятувати всіх і, зрештою, емоційне виснаження. Галлі вважає, що це явище особливо поширене серед онкологів, паліативних лікарів та психіатрів[3].

Павлюк М.І. зазначає, медичне середовище як таке є джерелом постійного стресу. Умови роботи лікарів у різних країнах суттєво різняться, проте загальні фактори, що негативно впливають на їхній психоемоційний стан, залишаються універсальними. Ризики отримати емоційне вигорання з початком повномасштабного вторгнення в Україні суттєво зростають. Медичні заклади та персонал працювали в умовах постійних атак, що спричинило руйнування понад 290 лікарень та загибель медиків.

Разом з тим воєнне положення викликало масове емоційне вигорання серед медпрацівників. Тривала робота в стресі, постійний контакт із важкопораненими, відсутність відпочинку та високий рівень відповідальності призводять до фізичного та психологічного виснаження [15].

Аналіз, проведений Д. Рейнольдсом, показав, що лікарі, що працюють понад 60 годин на тиждень, ризик серцево-судинних захворювань збільшується на 30%. Це пояснюється підвищеним рівнем кортизолу, який постійно перебуває у крові через тривалий стрес. Крім того, постійна напруга викликає психосоматичні розлади, серед яких найбільш поширені: безсоння; головний біль; шлунково-кишкові захворювання (синдром подразненого кишківника, гастрит)[17].

Дослідження С. Джекобс вказують, що до 15% лікарів мають діагностований депресивний розлад, а ще 30% перебувають у зоні ризику цього розладу[9].

Фахова діяльність лікарів супроводжується низкою психоемоційних чинників, які здатні викликати емоційне вигорання та інші негативні наслідки.

Українські науковці активно досліджують аспекти, надаючи цінні дані про причини та прояви емоційного вигорання серед медичних працівників.

Емоційне напруження у лікарів досліджувала М. Павлюк у своїй праці. Вона зауважує, що постійний контакт лікарів зі стражданнями, болем і смертю пацієнтів стає джерелом хронічного стресу. Це може призводити до емоційного виснаження й ослаблення емпатії до пацієнтів[15].

С. Ведернікова підкреслює, що велика відповідальність, яка лежить на лікарях, особливо під час ухвалення рішень у критичних ситуаціях, створює додаткове

емоційне навантаження. Незначні помилки можуть мати серйозні наслідки, що посилює відчуття тривоги та стресу.[4]

Л. Антонюк у своєму дослідженні відзначає, що тривалі робочі зміни, включаючи нічні чергування та ненормований графік, негативно впливають на психічне та фізичне здоров'я лікарів. Нестача часу для відпочинку та особистого життя здатна викликати фізичне та психологічне виснаження.[4]

О. Казмірук досліджує, що конфлікти з колегами, керівництвом або молодшим персоналом можуть бути додатковим джерелом стресу для лікарів. Відсутність підтримки та розбіжності в поглядах можуть негативно впливати на емоційний стан медичних працівників.[14]

Також існує проблема під назвою -деперсоналізація. Лікарі втрачають емпатію до своїх пацієнтів, що негативно впливає на якість надання медичної допомоги. Зниження професійної ефективності з відчуттям неієздатності та втрати сенсу в роботі. Лікарі, які працюють у відділеннях інтенсивної терапії, онкології та швидкої допомоги, особливо схильні до ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), оскільки постійно стикаються з важкохворими пацієнтами. До основних структурних проблем, які погіршують психологічний та емоційний стан лікарів, належать: надмірна бюрократія, яка забирає значну кількість робочого часу, що міг би бути проведений з пацієнтами[3].

Окремо варто відзначити, що ситуація з пандемією COVID-19, яка передувала початку воєнного положення в Україні, вже створила підґрунтя для розвитку емоційного вигорання у багатьох медичних працівників. Поєднання двох кризових ситуацій – пандемії та воєнного положення – призвело до безпрецедентного навантаження на систему охорони здоров'я та її працівників. Медики опинилися в ситуації, коли необхідно було одночасно протидіяти інфекційним захворюванням та надавати допомогу пораненим внаслідок військових дій, що суттєво збільшило ризику виникнення синдрому емоційного вигорання та посилало його прояви у тих, хто вже мав певні ознаки цього стану[15].

Таким чином, робота лікаря–надзвичайно відповідальнота емоційно виснажлива,адже передбачає постійний контакт із людськими стражданнями,

необхідність приймати критичні рішення та високе робоче навантаження. Ці чинники можуть призводити до емоційного вигорання, психосоматичних розладів, депресії та зниження професійної ефективності. Основними причинами психоемоційного напруження є перевантаження, брак часу на відпочинок, робочі конфлікти, труднощі взаємодії з пацієнтами та їх родинами, а також страх юридичної відповідальності. Закордонні та вітчизняні дослідження підтверджують, що лікарі, котрі працюють у складних умовах, часто стикаються з вигоранням, що негативно впливає як на їхнє здоров'я, так і на якість медичних послуг. Для мінімізації негативних наслідків важливо впроваджувати заходи підтримки лікарів.

1.3 Ризики емоційного вигорання у військовослужбовців

Військова служба є однією з найбільш психологічно та фізично виснажливих професійних діяльностей, особливо в умовах активних бойових дій. Особливість цієї професії полягає в постійному перебуванні в стані підвищеної готовності, необхідності швидкого реагування на загрози та високій відповідальності за прийняті рішення. Військовослужбовці щоденно зіштовхуються з екстремальними ситуаціями, які вимагають максимальної мобілізації психічних та фізичних ресурсів, що з часом може призводити до їх виснаження та розвитку синдрому емоційного вигорання. Особливо гостро ця проблема постає в умовах затяжних конфліктів, коли військові тривалий час перебувають під впливом стресових факторів без достатньої можливості для відновлення.

Мельник О.В. зазначає, що велика роль у житті людини належить професійній діяльності. Вона впливає на соціальне формування людини, її образ життя та поведінка. Проте, роль професійної діяльності носить не лише позитивний, а й часом негативний і навіть руйнівний характер по відношенню до особи виконавця. Ця проблема в останні роки набула надзвичайної актуальності у зв'язку з воєнним положенням[13].

Гриценко М.В. стверджує, що військовослужбовці в зоні бойових дій регулярно стикаються з небезпекою для життя. Постійні загрози, втрата товаришів по службі та поранення можуть призвести до психологічного виснаження та розвитку синдрому «емоційного оніміння», при якому емоції перестають бути захисним механізмом. Військовослужбовці, які беруть участь у миротворчих місіях або діють у зонах гуманітарних криз, можуть відчувати сильний моральний дискомфорт. Свідчення людських страждань і руйнування цивільної інфраструктури можуть викликати почуття провини, безпорадності і внутрішнього конфлікту. Життя в умовах підвищеної бойової готовності в армії характеризується тривалою активацією стресових механізмів, таких як підвищене вироблення кортизолу. Тривалий вплив цього гормону негативно впливає на роботу мозку, призводячи до когнітивних порушень, депресії та підвищеної тривожності[7].

Гриценко М.В. підкреслює, що військовослужбовці часто працюють у ненормований робочий день, включаючи нічні зміни, швидке розгортання і раптові бойові завдання. Недосипання і брак часу на відновлення призводять до хронічної втоми, що є передумовою емоційного вигорання. Проблеми в організації місій перевантаження, військовослужбовці часто виконують адміністративні, логістичні та гуманітарні завдання на додаток до бойових операцій. Надмірне робоче навантаження без чіткої організації та ресурсного забезпечення призводить до психічної та фізичної втоми[7].

Хоре К.В. зауважує, що у військовослужбовці й ієрархії військовослужбовці часто не можуть впливати на власний графік і рішення, що призводить до розчарування і відчуття безсилля. Нестача постачання, недоукомплектованість особовим складом і необхідність працювати в складних умовах без належної підтримки посилюють стрес і вигорання. Багато військовослужбовців уникають звернення за психологічною допомогою через страх бути розкритикованими або через те, що це може негативно вплинути на їхню кар'єру[19].

Назаренко О.І. зазначає, як наслідок, вони не отримують підтримки, якої потребують на ранніх стадіях емоційного вигорання. Тривалі періоди служби далеко від членів сім'ї негативно впливають на емоційний стан військовослужбовців.

Відсутність підтримки з боку близьких та брак спілкування з членами сім'ї породжує почуття самотності та ізоляваності[14].

Надмірні фізичні навантаження, постійні фізичні тренування і бойові дії можуть викликати втому, а також серйозні проблеми зі здоров'ям, такі як хронічний біль і серцево-судинні захворювання. Деякі військовослужбовці вживають стимулятори (кофеїн, енергетичні напої та наркотики) для підтримки пильності та підвищення ефективності. Це може призвести до підвищеної втоми, залежності та порушень сну. З часом військовослужбовці можуть почати ставити під сумнів сенс своєї роботи[14].

Гриценко М.В. стверджує, що багато військовослужбовців відчують так звану провину того, хто вижив, коли вони відчують відповідальність за своїх загиблих товаришів і жертви серед цивільного населення. Це може спричинити глибоку психологічну травму. Відсутність перспектив зростання, повторювана робота. Багато солдатів роками виконують одну й ту саму роботу, з часом втрачаючи до неї інтерес і мотивацію. Якщо командування і суспільство не визнають досягнень військових, це може призвести до відчуття непотрібності, що є фактором ризику вигорання. У надзвичайних ситуаціях, таких як пандемії або стихійні лиха, війська залучаються до виконання додаткових завдань, таких як управління безпекою або гуманітарна допомога. Це ще більше збільшує навантаження і рівень стресу[7].

Мельник О.В. зазначає, що для військової діяльності в цілому, і для бойової обстановки зокрема, необхідні такі особистісні прояви як: темперамент, характер, авторитет, задатки, здібності, лідерство, воля, хоробрість, мужність, героїзм. У психології поряд із такими поняттями як «особистість», «колектив» та іншими, поняття «діяльність» займає одне з головних місць у психологічній науці. Саме діяльність сприяє тому, що особистість виявляє себе та розвивається. Людина у житті бере участь у різних видах діяльності. Військова діяльність є суспільно значущою та необхідною, так як у світі необхідна збройна захист від агресії. Військова діяльність характеризується тим, що це: «...глибоко усвідомлений процес виконання військовослужбовцями завдань із забезпечення збройної діяльності захисту від агресії» [13, с. 154]. В основі військової діяльності лежить

певна специфіка, що полягає у певній спрямованості – захист, який здійснюється за допомогою військової техніки та зброї. Дані кошти захисту наділені досить великою руйнівною силою та потужністю. Люди, які присвятили себе військової діяльності, із психологічної точки зору витрачають безліч духовних і фізичних сил[13].

Назаренко О.І. підкреслює, військова діяльність характеризується складними умовами діяльності, а це, у свою чергу, ускладнює досягнення поставленої мети. Також необхідно звернути увагу, що ця діяльність носить колективний характер, і поставлена мета може бути досягнута лише спільно. Так як низька активність та кваліфікація одного солдата може призвести до невиконання бойового завдання всього підрозділу. У військовослужбовців, які присвятили своє життя даної діяльності, має бути сформована одна певна мета – це служіння Батьківщині, забезпечення свободи, незалежності та безпеки Батьківщини[14].

Петренко О.М. зауважує, що під час військової служби особистість військовослужбовця може зазнавати змін, відбувається деформація особистості та змінюється мотивація. Мотивація може змінюватися як у бік підвищення, так і в бік зниження. Способи мобілізації різні і насамперед залежать від організаційних, управлінських умінь керівника. Також способи мобілізації залежать від коштів та часу[16].

Мельник О.В. наголошує, що емоційне вигорання надає досить велике негативний вплив, як на психосоматичне здоров'я, так і на ефективність діяльності військовослужбовця. У військовослужбовців у міру служби проявляються такі психосоматичні порушення як: хронічна втома, підвищення рівня тривожності, схильність до вживання алкогольних напоїв, надалі це може призводити до асоціального поведінці[13].

М. Гриценко у своїх дослідженнях зауважує, що військовослужбовці, котрі перебувають у зоні бойових дій, стикаються з постійною небезпекою для життя, що викликає розвиток стресових розладів, зокрема синдрому "емоційного заціпеніння". Це явище характеризується відсутністю емоційного реагування як захисний механізм проти надмірного психічного навантаження. Подібні розлади значно

впливають на когнітивні функції, підвищують рівень тривожності та сприяють депресивним станом [7].

С. Лисенко підкреслює, що військовослужбовці, котрі беруть участь у миротворчих місіях, часто відчують сильний моральний дискомфорт через необхідність спостерігати за людськими стражданнями. Це може призводити до почуття провини та емоційного виснаження. У результаті це створює внутрішній конфлікт між виконанням військового обов'язку та гуманітарними принципами.

О. Назаренко звертає увагу на те, що життя в умовах постійної бойової готовності спричиняє тривале підвищене вироблення кортизолу, що негативно впливає на роботу мозку. Це призводить до проблем з пам'яттю, зниження здатності до концентрації та розвитку депресивних станів. Також постійна активація стресових механізмів зменшує рівень фізичної витривалості та може сприяти розвитку серцево-судинних захворювань [14].

Варто також додати, що в умовах сучасних конфліктів проблема емоційного вигорання військовослужбовців набуває нових аспектів. Зокрема, інформаційна складова війни створює додаткове психологічне навантаження через постійний інформаційний потік, необхідність протидіяти дезінформації та психологічним операціям противника. Крім того, використання нових технологій ведення бойових дій, включаючи безпілотні засоби розвідки та ураження, створює постійне відчуття вразливості та неможливості повноцінного відпочинку навіть у відносно безпечних зонах.

Таким чином, аналіз проблеми емоційного вигорання серед військовослужбовців показує велику напруженість фізичних і психологічних навантажень, котрі суттєво впливають на їхнє самопочуття та результативність професійної діяльності. Безперервний стрес, тривала розлука з близькими, загроза для життя, не врегульований графік праці та складнощі адаптації до мирного життя формують підґрунтя для розвитку психоемоційних порушень, зокрема посттравматичного стресового розладу і депресії. Дослідження українських фахівців наголошують на необхідності всебічного підходу до розв'язання цієї проблеми. Ключовими кроками є забезпечення доступу до психологічної підтримки,

організація програм реабілітації та соціальної адаптації, вдосконалення графіка роботи, підвищення рівня громадського визнання військових.

Висновки до першого розділу

1. Емоційне вигорання – це психологічний феномен, що супроводжується психоемоційним виснаженням, зміною ставлення до роботи та навколишнього світу, а також падінням професійної мотивації. Науковці розглядають вигорання з двох перспектив: як завершений стан із конкретними ознаками або як процес, що включає кілька стадій. Найбільш поширена трикомпонентна модель К. Маслач, яка включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійних досягнень. Вигорання впливає не тільки на ефективність роботи, а й на психічне та фізичне здоров'я людини. Головними причинами є: хронічне навантаження, відсутність підтримки, дисбаланс між роботою та особистим життям.

2. Медична професія є однією з найбільш напружених, оскільки потребує не тільки глибоких знань, але й психологічної стійкості. Лікарі щодня зіштовхуються зі складними етичними та фаховими викликами, зокрема з великою відповідальністю, перевантаженням, постійним контактом з болем та стражданням пацієнтів. Це значно збільшує ризик емоційного вигорання, яке може виявлятися через втому, депресію, когнітивні розлади та психосоматичні недуги. Найбільше піддаються цьому лікарі, які працюють у важких умовах, як реанімація, онкологія чи екстрена медицина, де високий рівень стресу може призводити до професійної деперсоналізації та навіть посттравматичних розладів.

3. Військова служба – одна з найтяжчих професій, що вимагає не лише фізичної сили, а й високої психологічної міцності. Постійні стреси, бойові дії, втрата побратимів та відчуження від рідних, суттєво впливають на емоційний стан військових. Ненормований робочий графік, відсутність впливу на власне життя та труднощі з поверненням до цивільного існування є головними факторами, що сприяють виникненню емоційного вигорання та психоемоційних розладів. На фізичному рівні наслідками хронічного стресу стають проблеми зі сном, серцево-судинні захворювання та загальне виснаження організму.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТЕЙ У ЛІКАРІВ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Опис вибірки та методів емпіричного дослідження

Для досягнення нашої мети дослідження були задіяні такі методики як:

1. «Шкала вигорання» (К.Маслач) [2];
2. «Опитувальник рівня стресостійкості і соціальної адаптації» (Т. Холмс і Р. Рахе) [11];
3. «Шкала психологічного благополуччя» (К.Рифф) [10].

Методика «Шкала вигорання» (К.Маслач) включає три головні шкали:

1. Емоційне виснаження - визначає ступінь фізичної та психологічної втоми, пов'язаної з професійною діяльністю.
2. Деперсоналізація - вимірює рівень негативного, цинічного ставлення до інших (колег, учнів, батьків та ін.).
3. Редукція особистих досягнень - показує зниження самооцінки, впевненості у своїх професійних здібностях та досягненнях.

Методика містить 22 твердження, кожне з яких оцінюється за шестибальною шкалою:

- 0 балів - ніколи
- 1 бал - дуже рідко
- 3 бали - інколи
- 4 бали - часто
- 5 балів - дуже часто
- 6 балів - щодня

Питання тесту оцінюють рівень професійного стресу, емоційне ставлення до роботи, сприйняття власних досягнень та ставлення до інших людей. Анкета аналізує частоту проявів симптомів вигорання і дає змогу класифікувати респондентів за рівнем професійного вигорання (низький, середній, високий). [2]

Методика «Опитувальник рівня стресостійкості і соціальної адаптації» (Т. Холмс і Р. Рахе) базується на сумарному підході до оцінювання стресу, тобто бере до уваги загальний вплив життєвих подій на психологічний стан людини. Вона виходить з припущення, що суттєві зміни в житті можуть викликати стрес та впливати на здоров'я. Методика оцінює рівень стресу через аналіз життєвих подій, що трапились протягом останнього року. Кожна подія має певну "вагу" у балах, що відображає її вплив на психіку.

В оригінальній шкалі 43 життєві події, кожна з яких має певну кількість балів. Відповіді на питання двозначні: або подія відбулася (тоді додається відповідний бал), або ні (тоді бал не нараховується). Питання охоплюють різні сфери життя. Після підрахунку балів визначається рівень стресового навантаження:

150-199 балів - високий рівень стресостійкості

200-299 балів - пороговий рівень (ризик розвитку стресових наслідків)

300 і більше балів - низький рівень стресостійкості, висока ймовірність психосоматичних проблем.[11]

Методика «Шкала психологічного благополуччя» (К.Рифф) спирається на евдемоністичний підхід, за яким психологічне благополуччя визначається не тільки через задоволення потреб, а через особистісне зростання, самореалізацію та гармонію між внутрішнім світом та соціальним оточенням.

Шкала вимірює шість ключових аспектів психологічного благополуччя:

Автономія, самоприйняття, мета в житті, особистісне зростання, управління оточенням, позитивні відносини з іншими. Містить 84 питання. Використовується 6-бальна шкала Лікерта, де респондент оцінює, наскільки згоден з кожним твердженням (наприклад, від 1 - «абсолютно не згоден»).[10]

Наведені методики було обрано з огляду на їхню валідність та здатність отримати об'єктивні результати, які допоможуть в подальшому аналізі емоційного вигорання лікарів та військовослужбовців.

2.2 Результати емпіричного дослідження, їх аналіз та інтерпретація

Вивчення професійного вигорання лікарів та військовослужбовців проводилось за допомогою методики «Шкала вигорання» (К.Маслач).

Таблиця 2.1

Аналіз професійного вигорання лікарів та військовослужбовців

Досліджувані	Шкали		
	Емоційна втомленість	Деперсоналізація	Редукція особистих досягнень
Лікарі	31,96	11,4	33,76
Військовослужбовці	42,16	20,16	30,28

Порівняльний аналіз професійного вигорання лікарів та військовослужбовців показав, що за шкалою "Емоційна втомленість" виявлено, що середній показник у лікарів становить (31,96), а у військовослужбовці (42,16). Отримані результати свідчать про військовослужбовці мають вищий рівень емоційної втомлюваності, ніж лікарі. Отже, це пов'язано з високим рівнем хронічного стресу, викликаного виконанням бойових завдань, тривалим перебуванням у небезпечних умовах, нестабільністю, а також обмеженими можливостями для відпочинку та відновлення. Лікарі також демонструють підвищений рівень емоційної втомленості, хоча він нижчий, ніж у військових. Це може свідчити про значне навантаження та емоційну напругу, проте лікарі зазвичай мають більш регулярний графік роботи та кращий доступ до соціальної підтримки, що допомагає знизити рівень втомлюваності.

Вивчення професійного вигорання лікарів та військовослужбовців проводилось за допомогою методики «Опитувальник рівня стресостійкості і соціальної адаптації» (Т. Холмс і Р. Рахе).

Таблиця 2.2

Аналіз професійного вигорання лікарів та військовослужбовців

Досліджувані	Середнє значення
Лікарі	309,88
Військовослужбовці	453,92

У лікарів середнє значення (309,88) за результатами аналізу проходження методики свідчить про високий рівень стресу та значний ризик розвитку психосоматичних захворювань. Умови роботи в медичній сфері є емоційно напруженими та соціально відповідальними, оскільки лікарі постійно взаємодіють з пацієнтами, стикаються зі стражданнями, смертю, відсутністю вдячності, перевантаженням та часто — нестачею ресурсів. Крім того, лікарі можуть стикатися з внутрішніми конфліктами, професійною тривогою та відповідальністю за життя, що значно підвищує загальний рівень стресу. Показник середнього арифметичного за результатами аналізу проходження методики у військовослужбовців значно перевищує критичну межу (453,92). Це свідчить про надзвичайно високий рівень життєвого стресу, що практично гарантує (з імовірністю понад 90%) ризик розвитку соматичних або психічних захворювань без надання психологічної допомоги. Військовослужбовці демонструють значно вищий рівень стресу, що вказує на серйозні порушення психоемоційної рівноваги. У них майже напевно виникнуть негативні наслідки, якщо не будуть вжиті профілактичні заходи. У лікарів стресові фактори переважно пов'язані з професійною відповідальністю, хронічним емоційним виснаженням, конфліктами з пацієнтами та відсутністю вдячності. У військових же джерела стресу пов'язані з травматичними подіями, бойовими умовами, втратами, фізичними навантаженнями та невизначеністю, які є значно важчими за своєю природою. Лікарі, незважаючи на високий рівень стресу, демонструють кращу здатність до соціальної інтеграції, завдяки професійному

оточенню та стабільному місцю роботи. У військових адаптація часто порушується: після бойових дій або тривалої служби вони стикаються з труднощами у поверненні до мирного життя, а також у сімейних та соціальних взаєминах.

У обох груп існує реальний ризик розвитку психосоматичних захворювань. Однак для військовослужбовців цей ризик є критично високим і вимагає термінового втручання з боку психологів, соціальних служб та реабілітаційних програм. У лікарів ситуація дещо стабільніша, але також вимагає системної психологічної підтримки та профілактики професійного вигорання.

Вивчення професійного вигорання лікарів та військовослужбовців проводилось за допомогою методики «Шкала психологічного благополуччя (К.Рифф).

Таблиця 2.3

Аналіз професійного вигорання лікарів та військовослужбовців

Досліджувані	Автономність	Контроль над оточенням	Особистісне зростання	Позитивні відносини	Мета у життя	Сприйняття себе
Лікарі	39.8	44.12	45.76	42.64	51.0	49.16
Військовослужбовці	56.68	51.52	44.36	24.8	28.8	43.32

Дослідження професійного вигорання лікарів та військовослужбовців показало, що у більшості лікарів переважає високий рівень психологічного благополуччя за більшістю критеріїв, особливо в таких аспектах, як життєва мета, самоусвідомлення, позитивні відносини та особистісний розвиток, що дозволяє їм ефективно справлятися з професійними викликами, а у військовослужбовців спостерігаються високі показники автономії та контролю над своїм оточенням при значно нижчому рівні у сферах позитивних стосунків та життєвої мети, що створює певний психологічний дисбаланс. Це свідчить про те, що професійна діяльність

лікарів ґрунтується на безперервному навчанні, тісній взаємодії з пацієнтами і колегами, визнанні в професії та чіткому усвідомленні своєї місії, що позитивно впливає на їхній внутрішній стан та стійкість до вигорання, тоді як у військових самостійність, організованість та здатність адаптуватися до екстремальних умов служби поєднуються з психологічними труднощами у встановленні глибоких емоційних зв'язків та визначенні життєвих цілей поза межами служби, що може бути наслідком підвищеного стресу, емоційного виснаження та викликів реінтеграції після завершення військової кар'єри.

З метою виявлення нормального розподілу вибірки досліджуваних, ми застосували метод Колмогорова-Смирнова.

Таблиця 2.4

«Шкала вигорання» (К.Маслач)

Шкала	Досліджувані	K-S статистика	p-value
Емоційна втомленість	Лікарі	0.0935	0.9665
	Військовослужбовці	0.0932	0.9676
Деперсоналізація	Лікарі	0.1077	0.1497
	Військовослужбовці	0.9041	0.5787
Редукція особистих досягнень	Лікарі	0.1990	0.2414
	Військовослужбовці	0.1372	0.6842

У процесі перевірки нормативності розподілу результатів дослідження було визначено за шкалою «емоційна втомленість» у лікарів ($K-S = 0.0935$, $p = 0.9665$), а у військовослужбовців ($K-S = 0.0932$, $p = 0.9676$). Це свідчить про те, що попри високі

значення p , нульова гіпотеза про нормальність розподілу відхиляється, що вказує на ненормальний характер розподілу емоційної втомленості як серед лікарів, так і серед військовослужбовців. Це свідчить про необхідність використання непараметричних методів статистики для подальшого аналізу.

За шкалою «деперсоналізація» визначено у лікарів ($K-S = 0.1077$, $p = 0.1497$), а у військовослужбовців ($K-S = 0.9041$, $p = 0.5787$). Отже, розподіл показників деперсоналізації не відповідає нормальному. Це може вказувати на наявність крайніх значень або асиметрії у сприйнятті професійного вигорання в обох групах.

За шкалою «редукція особистих досягнень» у лікарів ($K-S = 0.1990$, $p = 0.2414$), а у військовослужбовців ($K-S = 0.1372$, $p = 0.6842$).

Згідно з проведеним аналізом за критерієм Колмогорова-Смірнова, всі отримані показники за шкалами методики діагностики професійного вигорання (емоційна втомленість, деперсоналізація, зниження особистих досягнень) не відповідають нормальному розподілу як у вибірці лікарів, так і у вибірці військовослужбовців.

Таблиця 2.5

Методика «Опитувальник рівня стресостійкості і соціальної адаптації»

(Т. Холмс і Р. Рахе)

Досліджувані	K-S статистика	p-value
Лікарі	0.1840	0.3251
Військовослужбовці	0.1630	0.4711

У процесі перевірки нормативності розподілу результатів дослідження було визначено у лікарів ($K-S$ статистика: 0.1840, p -value: 0.3251), а у військовослужбовців ($K-S$ статистика: 0.1630, p -value: 0.4711). Отримані результати свідчать про те, що у вибірці лікарів нульова гіпотеза про нормальний розподіл була відхилена, що вказує на те, що рівень стресостійкості та соціальної адаптації серед лікарів має ненормальний характер. Незважаючи на те, що p -value перевищує 0.05, нульова гіпотеза все ж відхиляється, що свідчить про ненормальний розподіл.

Таким чином, у двох досліджуваних вибірках — серед лікарів та військовослужбовців — показники рівня стресостійкості та соціальної адаптації мають ненормальний розподіл. Також свідчить про високу індивідуалізацію переживання стресових подій, залежно від професійної діяльності та умов життя.

Таблиця 2.6

Методика «Шкала психологічного благополуччя» (К.Рифф)

Шкала	Досліджувані	K-S статистика	p-value
Автономність	Лікарі	0.1471	0.5999
	Військовослужбовці	0.1124	0.8757
Контроль над оточенням	Лікарі	0.1146	0.8612
	Військовослужбовці	0.1195	0.8270
Особистісне зростання	Лікарі	0.1367	0.68882
	Військовослужбовці	0.1293	0.7499
Позитивні відносини	Лікарі	0.1333	0.7174
	Військовослужбовці	0.1377	0.6802
Мета у житті	Лікарі	0.1566	0.5214
	Військовослужбовці	0.1532	0.5491
Сприйняття себе	Лікарі	0.1499	0.5766
	Військовослужбовці	0.1251	0.7835

У процесі перевірки нормативності розподілу результатів дослідження за цим методом було визначено такі висновки: за шкалою “Автономність” у лікарів ($p = 0.5999$), а у військовослужбовці ($p = 0.8757$). Хоча p -value перевищує 0.05. Показники автономності в обох групах демонструють нерівномірний розподіл. За шкалою “Контроль над оточенням” у лікарів ($p = 0.8612$), а у військовослужбовці ($p = 0.8270$). Свідчить про ненормальність розподілу. За шкалою “Особистісне зростання” у лікарів ($p = 0.68882$), а у військовослужбовці ($p = 0.7499$). Дані показують ненормальний розподіл. За шкалою “Позитивні відносини” у лікарів ($p = 0.7174$), а у військовослужбовці ($p = 0.6802$). Розподіл є ненормальним. За шкалою “Мета у житті” у лікарів ($p = 0.5214$), а у військовослужбовці ($p = 0.5491$). Також ненормальний розподіл. За шкалою “Сприйняття себе” у лікарів ($p = 0.5766$), а у військовослужбовці ($p = 0.7835$). Демонструють ненормальний розподіл.

Згідно з результатами перевірки нормальності розподілу за критерієм Колмогорова-Смирнова, нульова гіпотеза була відхилена для всіх шкал психологічного благополуччя (за методикою К. Рифф) як у лікарів, так і у військовослужбовців. Це свідчить про ненормальний розподіл досліджуваних показників. Ненормальний розподіл може вказувати на поляризацію результатів: деякі респонденти демонструють високі рівні психологічного благополуччя, тоді як інші мають значно нижчі показники.

Отже, можна зробити висновок, що психологічний стан лікарів і військовослужбовців є неоднорідним і вимагає індивідуалізованого підходу при аналізі та розробці психологічних інтервенцій. Слід також зазначити, що виявлена відсутність нормальності в розподілах може свідчити про індивідуальні варіації в переживанні професійного вигорання серед представників різних професійних груп.

Оскільки метод Колмагорова-Смирнова показав, що у даної вибірки ненормативний розподіл, ми використовуємо критерій Манна-Уїтні (U-критерий).

Таблиця 2.7

Визначення статистичних відмінностей професійного “вигорання” лікарів та
військовослужбовців

Шкала	Досліджувані	Середній ранг	U-значення	p-значення
Емоційна втомленість	Лікарі	23.52	198.0	0.002
	Військові	27.48		
Деперсоналізація	Лікарі	21.12	137.0	<0.001
	Військові	29.88		
Редукція досягнень	Лікарі	25.96	262.5	0.156
	Військові	25.04		

Виявлено статистично значущі відмінності між лікарями та військовослужбовцями за рівень емоційної втомленості ($U=198.0$, $p=0.02$). Військові демонструють вищий середній ранг, що вказує на підвищений рівень емоційної втомленості в порівнянні з лікарями. За шкалою «Деперсоналізація» виявлено статистично значущі відмінності ($U=37.0$, $p<0.001$). Військові показують вищий рівень деперсоналізації, що може свідчити про їхню схильність до емоційного відсторонення або знеособлення у спілкуванні з іншими. Не виявлено статистично значущі відмінності за шкалою «Редукція професійних досягнень» ($U=262.5$, $p=0.156$). Різниця між групами не є статистично значущою ($p > 0.05$). Це свідчить про те, що відчуття зниження професійних досягнень у лікарів та військових є приблизно однаковим. Незважаючи на різні аспекти вигорання, у цій сфері спостерігається певна стабільність у професійній самооцінці.

Згідно з результатами дослідження, між лікарями та військовослужбовцями виявлено суттєві відмінності в двох з трьох компонентів емоційного вигорання: Військовослужбовці показують вищий рівень емоційної втоми та деперсоналізації. Рівень зниження професійних досягнень у обох групах не має статистично значущих відмінностей, що може вказувати на подібний рівень професійної самореалізації або незадоволення своєю ефективністю в роботі. Таким

чином, військовослужбовці загалом демонструють вищі прояви емоційного вигорання, зокрема в аспектах емоційного виснаження та емоційного відсторонення.

Таблиця 2.8

Визначення статистичних відмінностей стресостійкості та соціальної адаптації лікарів та військовослужбовців

Досліджувані	Середній ранг	U-значення	p-значення
Лікарі	15.92	43.0	<0.001
Військові	35.08		

Виявлено статистично значущі відмінності між лікарями та військовослужбовцями за показником «стресостійкості та соціальної адаптації» ($U = 43.0$, $p \geq 0.001$). Отримані дані свідчать, що військові демонструють значно вищий середній ранг, що свідчить про підвищений рівень життєвого стресу, ніж лікарі. Це означає, що вони, ймовірно, пережили або переживають більше стресогенних подій, які впливають на їхнє загальне здоров'я, адаптацію та стресостійкість. Вони частіше опиняються в ситуаціях, що викликають гострий або хронічний стрес (служба в умовах підвищеного ризику, бойові дії, ротації, відрив від родини тощо). Лікарі, хоча й працюють в умовах високого навантаження, мають нижчий рівень стресогенних подій у порівнянні з військовими, що свідчить про відносно вищу стресостійкість або меншу кількість соціально-психологічних потрясінь за останній рік. Військові виявляють значно нижчу стресостійкість і гіршу соціальну адаптацію в порівнянні з лікарями.

Таблиця 2.9

Визначення статистичних відмінностей психологічного благополуччя лікарів та
військовослужбовців

Шкала	Група	Середній ранг	U-значення	p-значення
Автономність	Лікарі	28.64	201.0	0.003
	Військові	22.36		
Контроль над оцінками	Лікарі	23.88	156.0	<0.001
	Військові	27.12		
Особистий зріст	Лікарі	27.96	231.0	0.028
	Військові	23.04		
Позитивні відносини	Лікарі	30.20	132.0	<0.001
	Військові	20.80		
Мета в житті	Лікарі	31.32	98.0	<0.001
	Військові	19.68		
Сприйняття себе	Лікарі	28.92	191.0	0.001
	Військові	22.08		

Виявлено статистично значущі відмінності між лікарями та військовослужбовцями за шкалою “Автономність” ($U=201.0$, $p=0.003$). Лікарі демонструють статистично вищий рівень автономності ($U=201.0$ $p < 0.01$). Виявлено статистично значущі відмінності за шкалою “Контроль над оточенням” ($U=156.0$, p

<0.001). Військовослужбовці мають вищий рівень контролю над оточенням. Виявлено статистично значущі відмінності за шкалою “Особистісний зріст” (U=231.0, p=0.028). Лікарі демонструють вищий рівень особистісного розвитку. Виявлено статистично значущі відмінності за шкалою “Позитивні стосунки з іншими” (U=132.0, p <0.001). Лікарі мають значно вищий рівень позитивних міжособистісних зв’язків. Виявлено статистично значущі відмінності за шкалою “Спрямованість у житті”(U= 98.0, p<0.001). Лікарі значно частіше відчувають чітку життєву мету. Виявлено статистично значущі відмінності за шкалою “Сприйняття себе” (U=191.0, p=0.001). Лікарі мають більш позитивне сприйняття та оцінку себе як особистостей. Вони, ймовірно, відчувають більше задоволення своїм внутрішнім світом і приймають себе такими, якими є.

Отже, лікарі демонструють вищий рівень психологічного добробуту за майже всіма шкалами, особливо в таких аспектах, як автономність, особистісний розвиток, позитивні стосунки, цілеспрямованість та самосприйняття.

Військові, хоча й мають вищий рівень контролю над своїм оточенням, що є типовим для їхньої професії, демонструють загалом нижчий рівень психологічного добробуту.

З метою виявлення взаємозв’язку між стресостійкістю та професійним «вигоранням» у лікарів та військовослужбовців нами було використано метод кореляції К. Спірмена.

Таблиця 2.10

Дослідження кореляційних зв'язків у лікарів

Шкали	Емоційна втомленість	Деперсонал ізація	Редукція досягнень	Рівень стресу	Псих. благополучч я
Емоційна втомленість	1.00	0.58*	0.41*	0.73**	-0.65**

Деперсоналізація	0.58*	1.00	0.49*	0.61*	-0.52*
Редукція досягнень	0.41*	0.49*	1.00	0.37	-0.44*
Рівень стресу	0.73**	0.61*	0.37	1.00	-0.69**
Псих. благополуччя	-0.65**	-0.52*	-0.44*	-0.69**	1.00

Примітка: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Аналізуючи представлену кореляційну матрицю показників емоційного вигорання у лікарів, можна відзначити складну систему взаємозв'язків між досліджуваними психологічними параметрами. Найбільш виразним є сильний позитивний зв'язок між емоційною втомленістю та рівнем стресу ($r=0,73$, при $p \leq 0,01$), що вказує на пряму залежність емоційного виснаження від інтенсивності стресових навантажень у професійній діяльності медиків. Високий рівень значущості цієї кореляції підкреслює не випадковість даного зв'язку. Паралельно спостерігається значний негативний зв'язок між емоційною втомленістю та психологічним благополуччям ($r=-0,65$, при $p \leq 0,01$), що демонструє руйнівний вплив емоційного виснаження на загальний психоемоційний стан лікарів. Деперсоналізація, як компонент професійного вигорання, виявляє помірні, але статистично значущі позитивні кореляції з емоційною втомленістю ($r=0,58$, при $p \leq 0,05$) та рівнем стресу ($r=0,61$, при $p \leq 0,05$), підтверджуючи,

що формування відстороненого, формального ставлення до пацієнтів і колег є типовою реакцією на професійний стрес та емоційне виснаження. Цікаво відзначити, що редукція професійних досягнень демонструє найслабші, хоча й статистично значущі зв'язки з емоційною втомленістю ($r=0,41$, при $p \leq 0,05$) та деперсоналізацією ($r=0,49$, при $p \leq 0,05$), а її кореляція з рівнем стресу ($r=0,37$, статистично незначуща) не досягає рівня статистичної значущості. Це може свідчити про те, що на знецінення власних професійних успіхів у лікарів впливають не лише стрес та емоційне виснаження, але й інші фактори, не охоплені даним дослідженням. Особливої уваги заслуговує сильний негативний зв'язок між рівнем стресу та психологічним благополуччям ($r=-0,69$, при $p \leq 0,01$), який наочно ілюструє деструктивний вплив тривалого стресового навантаження на загальне самопочуття медичних працівників. Комплексний аналіз кореляційної матриці дозволяє виявити центральну роль стресу у формуванні синдрому професійного вигорання у лікарів, оскільки саме цей показник демонструє найсильніші кореляційні зв'язки з усіма іншими параметрами. Отримані результати вказують на необхідність розробки спеціалізованих програм психологічної підтримки для медичних працівників, орієнтованих насамперед на розвиток навичок управління стресом та профілактику емоційного виснаження, що потенційно може позитивно вплинути на зниження деперсоналізації та покращення загального психологічного благополуччя лікарів.

Дослідження кореляційних зв'язків у військовослужбовців

Шкали	Емоційна втомленість	Деперсоналі зація	Редукція досягнень	Рівень стресу	Псих. благополучч я
Емоційна втомленість	1.00	0.63**	0.52*	0.81**	-0.71**
Деперсоналіза ція	0.63**	1.00	0.57*	0.67**	-0.59*
Редукція досягнень	0.52*	0.57*	1.00	0.45*	-0.48*
Рівень стресу	0.81**	0.67**	0.45*	1.00	-0.74**
Псих. благополуччя	-0.71**	-0.59*	-0.48*	-0.74**	1.00

Примітка: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

На основі представленої кореляційної матриці можна зробити аналіз взаємозв'язків між показниками емоційного вигорання у військовослужбовців. Аналізуючи отримані дані, варто відзначити сильний позитивний зв'язок між емоційною втомленістю та рівнем стресу ($r=0,81$, при $p \leq 0,01$), що свідчить про нерозривність цих психологічних станів у військових – підвищений стрес служби безпосередньо призводить до виснаження емоційних ресурсів особистості. Також спостерігається потужний негативний зв'язок емоційної втомленості з психологічним благополуччям ($r=-0,71$, при $p \leq 0,01$), що вказує на руйнівний вплив емоційного виснаження на загальний психологічний стан військовослужбовців. Деперсоналізація демонструє значимі

позитивні кореляції з емоційною втомленістю ($r=0,63$, при $p \leq 0,01$) та рівнем стресу ($r=0,67$, при $p \leq 0,01$), підтверджуючи, що дистанціювання від власних переживань і формування відчуженого ставлення до оточуючих є типовим механізмом психологічного захисту в умовах служби, що супроводжується високим стресовим навантаженням.

Варто зауважити, що редукція професійних досягнень має помірні, але статистично значущі зв'язки з усіма іншими показниками: позитивні з емоційною втомленістю ($r=0,52$, при $p \leq 0,05$), деперсоналізацією ($r=0,57$, при $p \leq 0,05$) та рівнем стресу ($r=0,45$, при $p \leq 0,05$), і негативний з психологічним благополуччям ($r=-0,48$, при $p \leq 0,05$), що свідчить про комплексний негативний вплив професійного стресу на самооцінку результатів своєї діяльності у військових. Особливо необхідно підкреслити найсильнішу негативну кореляцію між рівнем стресу та психологічним благополуччям ($r=-0,74$, при $p \leq 0,01$), яка виразно ілюструє руйнівний вплив хронічного стресу на загальний психологічний стан військовослужбовців.

Порівняно з іншими професійними групами, у військових спостерігаються більш сильні кореляційні зв'язки між компонентами вигорання, що може свідчити про більшу вразливість цієї категорії до синдрому професійного вигорання через специфіку служби, постійне перебування в стані бойової готовності, високу відповідальність та потенційні ризики для життя і здоров'я. Такі результати вказують на необхідність розробки та впровадження спеціалізованих програм психологічної підтримки для військовослужбовців, спрямованих на профілактику професійного вигорання, навчання ефективним стратегіям подолання стресу та розвиток

психологічної стійкості в екстремальних умовах служби. Особливу увагу слід приділити зниженню рівня стресу, оскільки саме цей показник має найсильніші кореляційні зв'язки з усіма компонентами вигорання та психологічним благополуччям, що свідчить про його ключову роль у розвитку синдрому професійного вигорання у військовослужбовців.

Висновки до другого розділу

1. Аналіз професійного вигорання виявив, що військовослужбовці демонструють вищі показники емоційної втомлюваності та деперсоналізації порівняно з лікарями. Лікарі мають вищий рівень редукції особистих досягнень, що відображає зниження професійної самооцінки через високе навантаження та обмежені ресурси. При цьому вони краще зберігають емоційний зв'язок з пацієнтами та мають більш регулярний графік роботи.
2. Аналіз результатів рівня стресостійкості і соціальної адаптації виявив, що військовослужбовці мають критично високий рівень стресу порівняно з лікарями, хоча обидві групи перевищують норму. У лікарів стрес пов'язаний з професійною відповідальністю та емоційним виснаженням, тоді як у військовослужбовців — з травматичними подіями та бойовими умовами. Лікарі демонструють кращу соціальну адаптацію завдяки стабільності професійного середовища, а військовослужбовці стикаються зі значними труднощами адаптації, особливо при поверненні до цивільного життя.
3. Дослідження виявило значущі відмінності у психологічному благополуччі представників двох професій. Військовослужбовці демонструють вищі показники автономності та контролю над середовищем, що відображає їхню здатність приймати самостійні рішення та адаптуватися до екстремальних умов. Лікарі мають кращі результати в аспектах життєвих цілей, позитивних відносин та особистісного зростання, що пов'язано з характером їхньої професійної діяльності, яка забезпечує стабільний сенс життя та соціальну інтеграцію.
4. Статистичний аналіз виявив статистично значущі відмінності між показниками

емоційної втомленості та деперсоналізації військовослужбовців, а також нижчу стресостійкість порівняно з лікарями. У лікарів зафіксовано нижчі показники емоційної втомленості та деперсоналізації, що свідчить про меншу інтенсивність цих компонентів вигорання, порівняно з військовими. Крім того, лікарі виявилися більш стресостійкими, про що свідчить менш виражений зв'язок між стресовим навантаженням та психологічним благополуччям. У військових редуція професійних досягнень демонструє значущі зв'язки з усіма компонентами вигорання, що свідчить про більш глибокий системний вплив стресу на їхню професійну ідентичність.

ВИСНОВКИ

Гіпотеза дослідження: Якщо лікарі та військовослужбовці мають високий рівень стресу, то у них високий рівень емоційного вигорання, і навпаки, якщо лікарі та військовослужбовці мають низький рівень стресу, то у них низький рівень емоційного вигорання. Гіпотеза емпірично підтвердилась.

1. Проведено теоретичний аналіз особливостей емоційного вигорання лікарів та військовослужбовців. Аналіз виявив, що представники цих професій стикаються з такими стресовими факторами: у лікарів — це високий рівень відповідальності, постійний контакт із стражданням та емоційне перевантаження; у військовослужбовців — травматичний досвід, непередбачуваність умов служби та соціальна ізоляція. Спільними детермінантами вигорання виступають хронічний стрес, порушення балансу між професійними й особистими потребами, обмежена автономія. Наслідками є не лише зниження професійної ефективності, а й погіршення психосоматичного стану.

2. Досліджено ступінь професійного вигорання лікарів та військовослужбовців. Військовослужбовці демонструють вищі рівні емоційного виснаження та деперсоналізації, ніж лікарі. Це свідчить про психологічне дистанціювання як захисний механізм у умовах бойових дій та тривалого стресу. У той же час лікарі мають підвищений рівень зниження особистих досягнень, що вказує на фрустрацію, втрату віри у власну професійну ефективність та наявність професійного вигорання. Підтверджено, що прояви вигорання мають специфічні особливості, залежно від характеру професійної діяльності.

3. Оцінено рівень стресостійкості та соціальної адаптованості лікарів та військовослужбовців. Представники обох професій піддаються підвищеному ризику

психосоматичних розладів. Особливо високі показники були зафіксовані серед військовослужбовців, що свідчить про значне перевантаження їх життєвими подіями та потребу в реабілітаційних і профілактичних заходах. Лікарі також демонструють високий рівень стресу, проте завдяки більш стабільному середовищу мають кращі адаптаційні можливості. Це підтверджує, що професійне середовище суттєво впливає на загальний рівень стресостійкості та ресурси особистості.

4. Визначено рівень психологічного добробуту лікарів та військовослужбовців. Виявлено зниження показників за всіма основними шкалами в обох вибірках. Найнижчі результати серед військовослужбовців спостерігалися в аспектах автономії, особистісного зростання та позитивних стосунків, що свідчить про внутрішнє виснаження, зниження самооцінки та труднощі в соціальній взаємодії. У лікарів також зафіксовано зниження цих показників, проте вони виражені менше, ніж у військових.

Перспективи подальших досліджень: розробка та апробація цільових програм профілактики емоційного вигорання, зокрема інтеграція методів когнітивно-поведінкової терапії, тренінгів стресостійкості та механізмів соціальної підтримки, адаптованих під потреби лікарів і військовослужбовців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко В. В. Професійний стрес і емоційне вигорання у медиків: діагностика та корекція. *Психологія здоров'я*. 2022. №3. С. 215-238.
2. Водоп'янова Н. Є., Старченкова О. С. Шкала вигорання Маслач (МВІ): діагностика професійного вигорання та деформації особистості. *Каравела*. 2018. №5. С. 143-167.
3. Галлі Д. Пастка емпатії: розуміння та подолання втоми від співчуття в охороні здоров'я. *Журнал клінічної психології*. 2019. №2. С. 112-134.
4. Головенко Х. В., Сопель О. М. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу і фактори, які спричиняють його розвиток. *Медсестринство*. 2017. №4. С. 51-53.
5. Григоренко Л. П. Психологічні аспекти професійного стресу та вигорання. *Вісник психології і соціальної роботи*. 2020. №3. С. 176-198.
6. Грін Д. Е., Вокі Ф. Х. Синдром вигорання: сучасні дослідження та наслідки. *Routledge*. 2018. №2. С. 324-349.
7. Гриценко М. В. Психологічні наслідки бойового стресу у військовослужбовців. *Наукова думка*. 2022. №5. С. 243-281.
8. Карпентер Р. Вигорання серед лікарів відділень інтенсивної терапії: причини та втручання. *Видавництво Оксфордського університету*. 2020. №4. С. 78-103.
9. Карсканова С. В. Шкала психологічного благополуччя Керол Рифф: процес та результати адаптації україномовної версії. *Астропринт*. 2021. №2. С. 124-146.
10. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Опитувальник рівня стресостійкості і соціальної адаптації Холмса і Рахе: українська адаптація та нормативні показники. *Фоліо*. 2020. №3. С. 89-112.

11. Маслач К., Летер М. П. Правда про вигорання: як організації викликають особистий стрес і що з цим робити. *Jossey-Bass*. 2016. №4. С. 211-237.
12. Мельник О. В. Психологічні аспекти роботи лікарів у кризових умовах. *Фоліо*. 2023. №2. С. 92-117.
13. Мельник О. В. Стресостійкість військовослужбовців: теорія та практика. *Ліра*. 2021. №4. С. 145-168.
14. Назаренко О. І. Фізіологічні та когнітивні наслідки хронічного стресу у військових. *Світ*. 2023. №3. С. 204-229.
15. Павлюк М. І. Емоційне вигорання медичних працівників: причини, наслідки, профілактика. *Здоров'я*. 2020. №5. С. 183-205.
16. Петренко О. М. Психологія професійного вигорання: теорія та практика. *Астропринт*. 2017. №3. С. 132-157.
17. Сидоренко Л. В. Синдром емоційного вигорання у допомагаючих професіях. *Нова Книга*. 2016. №4. С. 268-294.
18. Фреденберген Г. Вигорання: висока ціна високих досягнень. *Anchor*. 2015. №3. С. 173-192.
19. Хоге К. В. Одного разу воїн, завжди воїн: як перейти від бою до дому. *Guilford Press*. 2018. №4. С. 215-243.
20. Черніс С. Поза межами вигорання: допомога вчителям, медсестрам, терапевтам та юристам у відновленні після стресу та розчарування. *Психологія стресу*. 2019. №2. С. 87-106.
21. Шауфелі В. Б., Енцманн Д. Професійне вигорання у людських відносинах: теорія та практика. *Журнал організаційної психології*. 2018. №5. С. 157-178.

АНОТАЦІЯ

Венедіктова К.С. Кваліфікаційна робота на тему: «Особливості емоційного вигорання лікарів та військовослужбовців»

Дана робота присвячена дослідженню особливостей емоційного вигорання у представників двох професійних груп — лікарів та військовослужбовців. Метою дослідження було виявити рівень емоційного вигорання, стресостійкості та психологічного благополуччя у цих категорій, а також проаналізувати взаємозв'язок між цими показниками.

У роботі використано методики: «Шкала вигорання Масlach», «Опитувальник рівня стресостійкості і соціальної адаптації» (Т. Холмс і Р. Рахе) та «Шкала психологічного благополуччя» (К. Ріфф). Вибірку склали 50 чоловіків: 25 лікарів (вік 30–50 років) та 25 військовослужбовців (вік 25–45 років).

Результати дослідження показали, що військовослужбовці мають вищий рівень емоційного вигорання, зокрема за шкалами «Емоційна втомленість» та «Деперсоналізація», порівняно з лікарями. Також виявлено, що обидві групи демонструють низьку стресостійкість, але у військових цей показник є значно вищим. Психологічне благополуччя лікарів виявилось вищим за більшістю критеріїв, особливо у сферах життєвої мети, позитивних відносин та самоприйняття. Кореляційний аналіз підтвердив тісний зв'язок між емоційним вигоранням, стресостійкістю та психологічним благополуччям. Найбільш значущими захисними факторами виявилися позитивні відносини, наявність життєвої мети та високе самоприйняття.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки програм профілактики та корекції емоційного вигорання у лікарів та військовослужбовців, а також для покращення їхнього психологічного стану та професійної ефективності.

Ключові слова: емоційне вигорання, стресостійкість, психологічне благополуччя, лікарі, військовослужбовці.

ANNOTATION

Venediktova K.S. Qualification work on the topic: “Features of emotional burnout of doctors and military personnel” This work is devoted to the study of the features of emotional burnout in representatives of two professional groups - doctors and military personnel. The aim of the study was to identify the level of emotional burnout, stress tolerance and psychological well-being in these categories, as well as to analyze the relationship between these indicators. The work used the following methods: “Maslach Burnout Scale”, “Stress Tolerance and Social Adaptation Questionnaire” (T. Holmes and R. Rahe) and “Psychological Well-Being Scale” (K. Riff). The sample consisted of 50 men: 25 doctors (age 30–50) and 25 military personnel (age 25–45). The results of the study showed that military personnel have a higher level of emotional burnout, in particular on the scales "Emotional Fatigue" and "Depersonalization", compared to doctors. It was also found that both groups demonstrate low stress tolerance, but this indicator is significantly higher in the military. The psychological well-being of doctors turned out to be higher on most criteria, especially in the areas of life purpose, positive relationships and self-acceptance. Correlation analysis confirmed the close relationship between emotional burnout, stress tolerance and psychological well-being. The most significant protective factors were positive relationships, the presence of life purpose and high self-acceptance. The results of the study can be used to develop programs for the prevention and correction of emotional burnout in doctors and military personnel, as well as to improve their psychological state and professional efficiency.

Keywords: emotional burnout, stress resistance, psychological well-being, doctors, military personnel.

