

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Вплив стресу на професійне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі»

Студента (ки) 2 курсу групи ЗПС-61 другого (магістерського) рівня вищої освіти освітньо-професійної програми «Психологія» за спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ

Колесник С.О

Керівник к. псих. н. доц.
Скворчевська Є.Л,

Чотирьохрівнева шкала оцінювання _____

Кількість балів: _____

Члени комісії

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

м. Харків – 2024 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ	6
1.1 Поняття «професійне вигорання» як психологічний феномен та основні підходи щодо його визначення	6
1.2 Сучасні уявлення щодо впливу стресу на професійне вигорання.....	11
1.3 Особливості вияву професійного вигорання в працівників сфери охорони здоров'я	15
Висновки до першого розділу	21
РОЗДІЛ 2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	23
2.1 Мета, завдання та характеристики вибірки	23
2.2 Опис методів дослідження.....	24
Висновки до другого розділу	31
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ ЧОЛОВІЧОЇ ТА ЖІНОЧОЇ СТАТІ.	32
3.1. Результати дослідження рівня емоційного вигорання лікарів чоловічої і жіночої статі	32
3.2 Результати дослідження способів подолання труднощів лікарів чоловічої та жіночої статі. Особливо сті їх копінг - стратегій	43
3.3 Особливо сті взаємозв'язку механізмів психологічного захисту, копінг-стратегій та синдрому емоційного вигорання у лікарів чоловічої та жіночої статі.....	48
Висновки до третього розділу	51
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	56
АНОТАЦІЯ.....	66
ДОДАТКИ	68

ВСТУП

Актуальність дослідження. Наша країна в сьогоденні живе з викликами, що пов'язані з війною, безпосередньо з бойовими діями, воєнним станом. За таких умов населення частково деморалізується. Руйнування нормальних звичайних умов, моделей життя, порушення наявних соціальних зав'язків і відносин вимагає від більшості людей значного напруження, опору стресу, що обов'язково з'являється у більшості населення при пристосуванні до нових умов життя.

Під час військових дій, особливо на територіях, що знаходяться досить близько до них, надання медичної допомоги є невід'ємною частиною життя. Лікарі в цих умовах працюють в небезпечних умовах – існує можливість вибухів, обстрілів, руйнування лікарень; є постійна загроза життю і здоров'ю самих медиків. Отже, лікарі, працюючи в умовах війни стикаються з проблемою бойового стресу і бойової втоми. У всіх змінюються умови праці: логістика, часто можуть змінюватися шляхи і терміни доставки медичних препаратів, перелік використовуваних лікарських засобів, труднощі в роботі з обладнанням, так як медична допомога надається за будь-яких умов, в тому числі при відсутності світла, води, обмеженої кількості медичних засобів. Пацієнти, що потребують медичної допомоги за умов війни звертаються за найближчою медичною допомогою в абсолютно різних станах, з усіма видами патології і в тому числі з пораненнями. А, отже, змінюється категорія, стан, тяжкість, часто одночасна кількість пацієнтів. Все це вимагає від лікарів часткової чи повної зміни вектору роботи: надання медичної допомоги не за профілем, збільшується швидкість прийняття рішень. В регіонах, де відносно спокійно, не ведуться активні бойові дії, люди, що переселилися в інші регіони України, отримують медичні послуги і це збільшує завантаженість на усіх медичних працівників. Одночасно, всі працівники медичної галузі, як і цивільне населення, стикаються з психологічними викликами війни: постійний стрес, невизначеність у часі, безпосередній контакт з руйнуваннями та втратами, хвилювання за життя та здоров'я своє і близьких, зміна умов або місця перебування. Частина лікарів і іншого

медичного персоналу, не витримують та їдуть з країни, що в свою чергу, збільшує навантаженість на працівників, що залишились.

З огляду на ситуацію, важливою та нагальною проблемою є емоційне виснаження та емоційне вигорання медичних працівників, адаптаційні можливості та мотивація. Відмінності протікання цих процесів у лікарів жіночої і чоловічої статі під час виконання важких завдань в нових складних умовах зі значними психологічними та фізичними навантаженнями, що звичайно вимагає значних зусиль на відновлення психічних, розумових і фізичних ресурсів.

Вивчення впливу стресу на виникнення професійного виснаження у лікарів жіночої і чоловічої статі дозволить здійснювати профілактично - превентивні заходи щодо виникнення та можливого подолання цього феномену.

Об'єкт дослідження: професійне вигорання.

Предмет дослідження: вплив стресу на професійне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі.

Мета дослідження: виявити вплив стресу на професійне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі.

Гіпотеза дослідження: якщо високий рівень стресу, то високий рівень професійного вигорання лікарів жіночої і чоловічої статі.

Завдання дослідження:

Провести теоретичний аналіз проблеми впливу стресу на професійне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі.

Виявити рівень емоційного вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі.

Дослідити професійне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі.

Дослідити копінг-стратегії та встановити особливості взаємозв'язку механізмів психологічного захисту та емоційного вигорання у лікарів чоловічої та жіночої статі.

Розробити рекомендації щодо попередження та подолання професійного вигорання лікарів-жінок і лікарів-чоловіків в умовах військового стану.

Методи дослідження:

- теоретичні: вивчення наукових праць, аналіз, порівняння щодо професійного аспекту прояву вигорання, та психологічних станів в умовах впливу стресу під час війни;

- емпіричні: тестування, анкетування.

- статистичні: методи математичної статистики (критерій Колмогорова-Смірнова, критерій Манна-Уїтні, факторний аналіз).

Вибірка досліджуваних: 25 лікарів-жінок і 25 лікарів-чоловіків.

Практична значущість роботи: уточнення змісту поняття синдрому вигорання лікарів чоловічої і жіночої статі у контексті умов військового стану та формулювання рекомендацій щодо шляхів попередження.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ

1.1. Поняття «професійне вигорання» як психологічний феномен та основні підходи щодо його визначення

Ряд психологів-науковців ще в 70-х роках ХХ століття звернули увагу на те, що у представників професій системи людина-людина, після декількох років професійної діяльності, змінювався стиль спілкування. Робота з людьми передбачає наявність складних переживань в робочих ситуаціях та професійну деформацію, оскільки має відповідати високим вимогам, відповідальності. Було помічено наявність важкого емоційного навантаження у цій системі професій.

Згідно Р.Г. Марсолье робота є важливою частиною життя людини. Це впливає на її повсякденну діяльність і є джерелом великого щастя і успіху. Однак це також може стати джерелом стресу та тривоги, що призводить до емоційних проблем і депресії. Упродовж останніх десятиліть тягар, пов'язаний із роботою, зростає. Це знижує самоєфективність працівників і впливає на їхнє здоров'я, спричиняючи професійне вигорання [47].

В останні десятиліття, коли відбуваються процеси вузької спеціалізації професій з одночасною глобалізацією із суміжними галузями, швидко змінюються ставлення людей до своєї роботи. Що чинить неймовірний вплив на психоемоційний стан фахівців, а особливо на спеціалістів, щоденна робота яких пов'язана з наданням допомоги іншим людям. До таких фахівців відносяться педагоги, соціальні працівники, психологи, психоаналітики, психотерапевти та медичні працівники.

Американський психіатр Г. Фрейденбергер у 1974 р. вперше ввів термін професійне вигорання. Він користувався ним під час опису характеристик здорових людей, які у своїй професійній діяльності перебувають в емоційно насиченій атмосфері, в інтенсивному спілкуванні з клієнтами або пацієнтами [30].

Незабаром після цього Х. Маслач у 1976 р. оприлюднила статтю щодо вигорання та визначила його як поступовий процес втоми, цинізму та зниження відданості у фахівців із соціальної допомоги. Роками пізніше та після кількох емпіричних досліджень [48].

Х. Маслач і С. Джексон переформулювали концепцію та розробили більш чітке визначення вигорання як психологічного синдрому, що характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням відчуття професійної ефективності, яке може з'явитися в осіб, які доглядають або спілкуються з іншими [49].

На зараз концептуалізація вигорання Х. Маслач залишається найбільш прийнятною, але у науковій літературі трапляються і інші визначення чи формулювання. М. Саланова та ін. переформулювали підходи та запропонували розширену модель вигорання, що складається з: (1) виснаження (пов'язаного з кризами в стосунках між людиною та роботою загалом), (2) психічної дистанції, яка включає цинізм (віддалене ставлення до роботи загалом) і деперсоналізацію (дистанційне ставлення до людей, для яких і з якими працюєш) і (3) професійної неефективності (відчуття неналежного виконання завдань і некомпетентності в роботі) [80].

Отже, можемо стверджувати, що синдром вигорання передбачає комплекс симптоматичних порушень у психічній, соматичній та соціальній сферах.

професійне вигорання (ПВ) — це стан емоційного виснаження, фізичної втоми та когнітивної втоми, спричинений тривалими неконтрольованими та нерозв'язаними стресовими чинниками на роботі [50] і, можливо, іншими довгостроковими особистісними та екологічними стресорами, такими як тяжка хвороба, сімейні труднощі чи інші стійкі негаразди [74].

Попри те, що професійне вигорання наразі є досить великою соціальною проблемою, у літературі на цю тему не має однозначного та універсального визначення. Причини цього криються в складності

самого явища, у труднощах побудови вимірювального інструментарію, у браку точного визначення обсягу симптомів професійного вигорання і, як наслідок, відсутність межі між вигоранням і стресом, втомою, відчуженням, депресією та екзистенційною кризою.

Згідно з А.М. Пінез вигорання завжди є завершальною стадією поступової втрати ілюзій, тобто розчарування в пошуку сенсу життя. До того ж вигорання характеризується тривалістю, оскільки цей процес є перманентним, складним і специфічним, на відміну від стресу або втоми, які трапляються з кожною людиною внаслідок конфлікту, втрати роботи чи інших проблем. Однак найчастіше його визначають через призму його симптомів

Попри велику кількість визначень, які описують вигорання, усі вони мають спільний знаменник — це стан емоційного виснаження та втоми, який є кінцевим результатом поступового процесу втрати ілюзій (розчарування).

ПВ виникає внаслідок взаємодії між ендogenousними індивідуальними та екзогенними чинниками, пов'язаними з роботою. Хоча вигорання саме по собі є окремим явищем, між синдромом вигорання та депресивними симптомами існує перекриття, та особи з тяжким клінічним вигоранням можуть мати тимчасові вияви депресії або субклінічної депресії [83].

Більшість проведених досліджень (Маслач К., С.Джексон, Ріва С., Хатчінсон Р. та ін.) вигорання зосереджувалися на вигоранні як стані, а не як процесі. Етіологія вигорання залишається дискутованою. С. Еду-Валсанія та ін. узагальнили шість основних теорій розвитку вигорання [24]. Наприклад, відповідно до організаційної теорії, вигорання є результатом організаційних і робочих стресів, пов'язаних із недостатніми індивідуальними навичками подолання. Вигорання починається з емоційного виснаження внаслідок стресових чинників на роботі, а потім розвивається деперсоналізація як метод подолання емоційного виснаження, що призводить до низької особистої реалізації [31].

Згідно теорії соціального обміну В.Б. Шауфелі та ін. вигорання виникає, коли працівник відчуває відсутність справедливості між докладеними зусиллями і внесками та результатами, отриманими в роботі [71].

Зважаючи на неоднорідність опису етіології вигорання, неясно, є воно медичним станом чи ні. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) внесла професійне вигорання до 11-ї редакції Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), яку випущено в червні 2018 р. для використання з 2022 р., де отримало код QD85 «Burn-out». Там зазначено, що вигорання — це синдром, який концептуалізується як результат хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося впоратися. Він характеризується трьома вимірами: (1) почуттям виснаження енергії або виснаження, (2) підвищеною психічною віддаленістю від роботи або почуттям негативізму чи цинізму, пов'язаним із роботою; (3) зниженням професійної ефективності [84].

Отже, за даними ВООЗ, вигорання не вважається медичним станом, а цілком професійним явищем [18].

Інакше кажучи, вигорання розглядають як синдром, що характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією і зниженим почуттям особистого досягнення.

В медичному значенні терміни та концепції вигорання різняться. Національний інститут охорони здоров'я США в індексі медичної бібліотеки (MeSH Descriptor) так позначає «психологічне вигорання»: «надмірна реакція на стрес, причиною якої є навколишнє середовище, що може характеризуватися відчуттям емоційного та фізичного виснаження в поєднанні з почуттям розчарування та невдачі» [22]. База даних SNOMED CT включає термін «емоційне вигорання» як синонім заголовного терміна «Стан фізичного та емоційного виснаження», який вважається підтипом тривожного розладу [58] Лондонська Diseases Database визначає цей стан як «професійне вигорання». У 2021 р. голландський психолог Арно ван Дам опублікував детальнішу інформацію про те, як клініцисти та інші фахівці використовують терміни, пов'язані з вигоранням [81].

Деякі країни визнали професійне вигорання професійним захворюванням і встановили більш-менш стандартизовані критерії для його виявлення та лікування. Зокрема, це стосується Швеції, Бельгії та Нідерландів [21].

З точки зору А.Г. Хаммісса та ін. Незалежно від того, визнається цей стан як хвороба чи ні, неліковане вигорання часто призводить до захворюваності та супроводжується симптомами депресії та тривоги. Спочатку ознаки та симптоми вигорання ледь помітні з поступовим

прогресуванням. Незважаючи на усвідомлення негативних змін у своєму психічному (емоційному, когнітивному) і фізичному функціонуванні, багато людей спочатку не визнають і не розуміють зв'язку між цими змінами та виснаженням своїх ресурсів розумової та фізичної енергії та добробутом [20].

На найпізнішій стадії, яка називається тяжкою або клінічною, професійне вигорання часто плутають із депресією, що становить ризик суїциду [57]. Р.Біанкі та ін. припускають, що вигорання відбиває депресивний стан, а не певну сутність [34]. Вигорання корелює з депресією, зокрема, з компонентом виснаження, однак останній матаналіз виявив, що вигорання та депресія є двома різними конструктами [40].

Раннє виявлення синдрому вигорання дає змогу уникнути таких його наслідків для здоров'я, економіки та суспільства, як втрата продуктивності, прогули, висока плинність кадрів і відмова від активного життя [14]. За оцінками Ніл К.Л., Хансен С.Р., Салой «вартість» вигорання лікарів і ветеринарів у Сполучених Штатах становить від 1 до 2 млрд доларів на рік [53]. Організації намагаються запобігти вигоранню за допомогою різних типів втручань. Втручання на індивідуальному рівні спрямовані на те, щоб допомогти працівникам подолати стрес на робочому місці, використовуючи переважно поведінкові та когнітивні підходи, спрямовані на індивідуальні знання. Втручання, скеровані організацією, спрямовані на структурні зміни, такі як зміни розкладу, робочого навантаження або посилення контролю роботи та ресурсів. Комбіновані втручання використовують як індивідуальні підходи, так і підходи на рівні організації, що націлені на стресори на робочому місці, стратегії їхнього подолання, а також покращення стійкості працівників [26].

Різноманітність визначень професійного вигорання є наслідком складності цього явища та труднощів його вимірювання. Однак усі визначення наполягають на наслідках хронічного емоційного стресу, що виникає внаслідок емоційного та фізичного виснаження та знижує ефективність роботи. Вигорання є терміном, який стосується психологічного стану людини через стрес, спричинений нездатністю відповідати її очікуванням упродовж порівняно тривалого періоду часу [28].

Таким чином ретельне вивчення питання саме визначення поняття емоційного вигорання дозволило охопити спектр даного поняття та максимально визначити його особливості. Досліджуючи визначення цього поняття у науковій літературі, можемо стверджувати, що психологи- науковці, вживаючи термін професійне вигорання акцентують залежність цього явища від стресогенних чинників.

1.2 Сучасні уявлення щодо впливу стресу на професійне вигорання

Існують певні фактори, які провокують винятковий стрес та напруження, потребують використання значних фізичних та психологічних зусиль.

Згідно Маслач Х. та Джексон С. вигорання — це стресовий стан, який характеризується симптомами розумового виснаження та фізичної втоми, відстороненістю від роботи та відчуттям зниження компетентності. Зазвичай професійне вигорання характеризується трьома компонентами: емоційним виснаженням (яке також можна описати як втрату людиною пристрасті до своєї роботи), деперсоналізацію (коли людина ставиться до пацієнта як до об'єкта) та відсутністю особистих досягнень (описується як відчуття особи, робота для якої більше не має сенсу) [48]. Вважається, що з трьох компонентів вигорання емоційне виснаження є першим симптомом. Він відзначається відчуттям емоційного виснаження, надзвичайної втоми, браком енергії та мотивації, а також відчуттям відсутності емоційних ресурсів, щоб впоратися з постійними вимогами роботи. Припускають, що в момент сильної втоми людина діє так, щоб зберегти свій енергетичний рівень, вкладаючи менше зусиль у роботу та поступово віддаляючись від неї емоційно та когнітивно [40]. Це когнітивне та емоційне відсторонення потім прогресує до деперсоналізації, коли індивід демонструє значно відсторонені реакції на свою роботу з тенденцією ставитися до клієнтів як до об'єктів. На завершальній фазі вигорання людина схильна негативно оцінювати себе, порівнюючи свій поточний рівень компетентності зі своєю компетентністю до емоційного виснаження та деперсоналізації. Вона усвідомлює, що не

настільки ефективна у виконанні своїх поточних пов'язаних із роботою обов'язків, що призводить до зниження особистих досягнень, що виявляється у відчутті некомпетентності, низькій продуктивності та відчуттям браку досягнень [49].

Оскільки вигорання та стрес концептуально пов'язані, нейрогормональні зміни у відповідь на стрес (такі як рівень кортизолу) можуть надати нові шляхи для розуміння патофізіології вигорання та покращення вимірювання за допомогою біомаркерів [35]. Наразі вчені намагаються визначити біологічні маркери вигорання. Основні фізіологічні механізми, за допомогою яких професійний стрес виявляється в професійному вигоранні, залишаються неясними. Однак нові дані свідчать про те, що існує зв'язок між вигоранням і чіткими змінами у виробленні кортизолу віссю гіпоталамус-гіпофіз-наднирники [36]. Ці дані свідчать про те, що патології, пов'язані зі стресом, як-от вигорання, можуть бути результатом дисфункції медіаторів реакції на стрес у мозку. Кортикотрофін-рилізинг-фактор, відомий нейромодулятор мозку, відповідальний за координацію вегетативних, поведінкових і когнітивних реакцій на стрес, був запропонований як один із таких медіаторів, який вважається важливим гравцем у цій парадигмі реакції на стрес [38].

М. Пенз та ін. вважають, що рівень кортизолу є маркером тривалого впливу стресу. Отримані результати вказують на специфічний гіперкортицизм в осіб, які страждають від синдрому вигорання [30].

А.С. Бегін та ін. дослідили зв'язок кортизолу в слині та волоссі з емоційним виснаженням і деперсоналізацією (показники вигорання), а також зв'язок окситоцину в сечі із довірою в клініцистів. Результати продемонстрували протилежні зв'язки між двома загальновизнаними сферами вигорання — емоційним виснаженням і деперсоналізацією — і рівнями ендогенного кортизолу. Дослідники припустили, що емоційне виснаження може посилити фізіологічну реакцію на стрес, тоді як деперсоналізація може послабити реакції на стрес, ймовірно, через зв'язок з апатією та емоційним відключенням. Рівень окситоцину пов'язаний із вищим рівнем зв'язку та залучення. Цей біомаркер може бути корисним показником культури на робочому місці та спорідненості, який, як відомо, має вирішальне значення для функціонування медичних працівників [19].

Отже, описані дослідження свідчать про існування особливої потреби в створенні біомаркера, який би точно виміряв стрес у часі.

Стрес виникає, коли людина розуміє, що передбачувані вимоги її роботи перевищують її внутрішні та зовнішні ресурси. Унаслідок накопичення хронічного, неконтрольованого стресу виникає професійне вигорання. Високі вимоги до роботи, наприклад, медичного фахівця, можуть вимагати тривалого фізичного, емоційного та психологічного напруження, яке, якщо на нього не звернути увагу, може призвести до накопичення фізіологічних, емоційних та психологічних витрат, таких як відчуття тиску, стресу та виснаження [63]. Негативні наслідки постійного стресу добре задокументовані, зокрема, нижча ефективність роботи, нижча продуктивність [82], зниження організаційної прихильності [44], втома від співчуття, підвищений ризик вторинної травматизації [43], вищі показники плинності кадрів і збільшення витрат на навчання та переривання надання послуг [31].

Хронічний стрес і виснаження характеризуються як негативні психологічні наслідки, пов'язані з роботою [59]. Тривога, депресія та погане самопочуття є негативними наслідками для психічного здоров'я, які поширюються на всі аспекти життя людини [16]. Кумар С. зазначає, що хронічний стрес і виснаження поширюються на особисте життя, спричиняючи проблеми з психічним здоров'ям [41]. Хронічний стрес і виснаження призводять до довготривалих загроз і втрати фізичних, емоційних і психологічних енергетичних ресурсів людини, що потім призводить до спіралей втрат, наприклад, втрат інших ресурсів, таких як почуття самоефективності та/ або використання дезадаптивних стратегій подолання, які потім можуть спричинити симптоми тривоги, депресії та погіршення самопочуття [28].

Стрес у медпрацівників є повсюдним, тому йому історично приділяють достатню увагу. За деякими даними рівень стресу медичних працівників перевищує 60 % [37]. Останні дослідження продемонстрували підвищення рівня стресу в медпрацівників під час пандемії COVID-19, коли понад 70 % медичних сестер повідомили, що нещодавно пережили стрес [23], а майже 30 % лікарів зазначили сильний стрес [64]. Тривалі періоди високого рівня стресу є попередниками вигорання — тривалого стресу, що завершується емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням професійної

ефективності. До того ж дослідження показали, що високий рівень стресу тісно пов'язаний із тривогою та депресією [64].

Стрес і виснаження медичних працівників також негативно впливають на пацієнтів. Збільшення кількості медичних помилок пов'язане зі стресом медсестри та професійним вигоранням лікаря [1, 27]. Іншим ключовим елементом безпеки пацієнтів, пов'язаним із вигоранням медичного персоналу, є внутрішньо лікарняні інфекції [55]. Повідомляється також про нижчу задоволеність пацієнтів в умовах високого вигорання [75]. Проведене дослідження показало, що тривалість перебування пацієнта в лікарняному закладі є довшою, а ризик смертності вищим у середовищах із високим рівнем вигорання медсестер [45].

У доступній літературі нашу увагу привернули дослідження щодо оцінювання джерел стресу та виснаження серед медичних працівників. Так, С. Л.Рінк та ін.[73] дослідили найважливіші стресори, які зазначали медичні працівники. Насамперед вони вказували на стресові чинники на роботі, потім стресові чинники в особистому житті, а також перетин стресових чинників на роботі та особистому житті. Стресори системного рівня переважали серед робочих стресорів. Близькі родичі, діти та особисте здоров'я становили найбільшу частину стресових чинників особистого життя. Перетин роботи та особистого життя передусім включав стресори, які могли вплинути на роботу та/або особисте життя, і переважно полягав у складному фінансовому становищі, браку балансу між роботою та особистим життям і браку часу.

За інформацією інших дослідників, ключовим чинником стресу є інтенсивне робоче навантаження, коли медичні працівники стикаються з високими вимогами та малими ресурсами, щоб виконати роботу [10]. Чинники стресу поширюються за межі робочого середовища на особисте життя, зокрема, на сім'ю, дітей [52] та особисте здоров'я медичного працівника [29]. Конфлікти в сімейних стосунках і брак часу для спілкування з родиною також є джерелом стресу [56]. Здоров'я сім'ї медичних працівників було визначено як поширений стресовий чинник [10]. Отже, сімейні проблеми, окрім проблем балансу між роботою та особистим життям, впливають на трудове життя та результативність медичних працівників.

Таким чином професійне вигорання особистості- це соціально-психологічний феномен, обумовлений синдромом фізичного, розумового та емоційного виснаження, що призводить до розвитку низки негативних явищ: розвиток негативної самооцінки, байдужого ставлення до професійної діяльності, деперсоналізації. Вище наведені дослідження підтверджують, що стрес на роботі прямо корелює з високим рівнем вигорання, що може призвести до підвищення захворюваності, зниження продуктивності та збільшення плинності кадрів.

1.3 Особливості вияву професійного вигорання в працівників сфери охорони здоров'я

У медичних працівників професійне вигорання – це складна та дуже важлива проблема щодо психологічного стану і лікарів, і медичних сестер і молодших медичних сестер. До того ж це стосується як медичних працівників України так і всього світу. У працівників сфери охорони здоров'я професійне вигорання пов'язане з факторами ризику, які поділяються на три групи: соціальні, психологічні і трудові.

Вигорання може вплинути на професійні групи в різних секторах. За оцінками експертів, на професійне вигорання страждає 13–27 % усіх працездатних осіб [11]. Медсестри (43 %), лікарі-резиденти (69 %) та студенти-медики (44 %) усі відчують певний рівень вигорання [67]. Однак показник вигорання в лікарів є суттєво вищим і складає 54 % [32]. Найбільший рівень вигорання (50 %) зазначають серед лікарів 45–54 років, вікової групи, у якій продуктивність праці має бути найвищою, а матеріальне винагородження економічно стабільним [54]. За інформацією американських дослідників, витрати на охорону здоров'я, пов'язані з вигоранням лікаря, оцінюються в межах від 2,6 до 6,3 млрд доларів США на рік. Річні витрати для лікарняних закладів через плинність лікарів і скорочення годин роботи оцінюються в 7600 доларів США на одного найманого лікаря (через бюджетний дефіцит, втрату робочих годин і низькі витрати на обслуговування пацієнтів) [25]. А. Пауел зазначає на збільшення робочих годин, високу плинність

кадрів і часту зміну робочих місць як основні чинники витрат, пов'язані з фізичним виснаженням лікарів [62]

Аналіз даних наукової літератури (Єлуру Х., Ньютон Х., Капур Р.) виявив, що молодший вік та жіноча стать становлять прогностичні чинники вигорання лікаря [86]. Молодий лікар має пристосовуватися до напруженого робочого тягаря, що впливає на індивідуальну емоційну та інтелектуальну здатність, а також на здатність створити здоровий баланс дім — робота [70]. Жінки-лікарі несуть більше домашніх обов'язків, ніж їхні колеги-чоловіки. Непропорційна кількість обов'язків поза роботою, включно з доглядом за дітьми та літніми людьми, сприяє меншому задоволенню від інтеграції роботи та особистого життя. Крім того, жінки-лікарі повідомляють про нижчий рівень співчуття до себе та відчуття вдячності. Ці чинники зрештою призводять до зниження професійної самореалізації та підвищення рівня вигорання серед жінок-лікарів [46].

Крім того, медична спеціальність і посада показують варіабельність показників вигорання. Серед таких спеціалістів, як урологія, неврологія, фізична медицина та внутрішні хвороби, вигорання спостерігається непропорційно частіше. Урологія має рівень вигорання 54 % серед лікарів, що є найвищим показником серед усіх спеціальностей [39].

Лікарі часто зазнають високого рівня стресу у своїй повсякденній роботі та піддаються більшому ризику психічних розладів, зловживання психоактивними речовинами, самогубства та порушення функціонування. Унаслідок своєї роботи вони зазнають вплив безлічі емоцій, зокрема, потребу врятувати пацієнта, почуття невдачі та розчарування, коли хвороба пацієнта прогресує, відчуття безсилля перед хворобою та пов'язаними з нею втратами, горем, страхом захворіти себе або вмерти, зіткнення з невизначеністю в клінічній практиці, бажання відокремитися від пацієнтів, щоб уникнути негативних почуттів [13]. Ці емоції, сильні за своєю природою та здатні спричинити страждання, виникають між лікарем і пацієнтом. Повторний вплив цих емоцій і переживань дійсно сприяє високому рівню стресу, який відчувають лікарі у своїй професії.

Лікарі піддаються стресам від емоцій та ситуацій, які виникають поза межами відносин лікар-пацієнт. Їм доводиться працювати в середовищі, яке засуджує та не є сприятливим. Бюрократичні вимоги до

них зростають і постійно змінюються. Медичні знання швидко розвиваються, і лікарям доводиться постійно до них пристосовуватися та брати до уваги. Ці зміни часто відбуваються настільки швидко, що до того часу, коли лікарі акліматизуються до однієї зміни, може з'явитися або розвинутиися щось інше [66].

Також лікарі виявляють, що працюють у середовищі або виконують ролі, яким вони не були навчені. Надання послуг змінюється від офісної моделі до моделі охорони здоров'я, орієнтованої на населення. Лікарі мають виконувати адміністративні обов'язки, наприклад, ефективно розв'язувати адміністративні питання, часто на додаток до своїх значних клінічних зобов'язань. Виконання незвичних завдань створює стресові чинники, а постійна зміна робочого середовища схиляє лікарів до високого рівня стресу. Нерідко лікарі справляються із цими звичайними стресовими чинниками, вдаючись до емоційної самоізоляції, соціальної ізоляції та заперечуючи існування проблем [57].

Переживання високого рівня стресу впродовж тривалого часу може мати широкий спектр наслідків для лікарів. Ті, хто працює з травмованими пацієнтами, можуть відчувати втому від співчуття. У цьому випадку лікар відчуває настирливість із боку оточення, тому прагне уникати контактів з іншими, відчуває втому від спілкування, що може виникнути навіть після одного інциденту. Вважається, що дві навички подолання — відчуття досягнення та емоційна відокремленість — захищають від втоми від співчуття [15].

Вигорання медичних працівників пов'язане з конфліктом між роботою та сім'єю, нереалістичними очікуваннями пацієнтів, постійним тиском на необхідність безперервного навчання, тривалим робочим днем, надмірною бюрократією, організаційними проблемами, поганою комунікацією між медичними працівниками та особистими проблемами [5, 42].

Збільшення кількості часу, проведеного на роботі, також створює більший ризик вигорання. У дослідженні 7905 хірургів 30 % хірургів, які працювали менше ніж 60 годин на тиждень, відповідали критеріям вигорання, тоді як серед тих, хто працював понад 80 годин, рівень вигорання становив 50 % [65].

Останнім часом учені (Т.Тайіран та ін.) зазначають ще про один чинник вигорання — медичні інформаційні технології, стрес від

застосування з якими відчують 70 % лікарів. Це виникає через труднощі в ефективній навігації користувацьким інтерфейсом, додатковому часі, необхідному для документування в електронній системі, збільшенням обсягу даних у порівнянні з паперовою картою. Лікарі зазначили необхідність ведення електронних медичних карток як важливий компонент вигорання, унаслідок чого виникають наміри скоротити години клінічної роботи й залишити поточну практику [77]. Дослідження лікарів сімейної медицини показало, що вони витрачають більше ніж половину свого робочого дня (майже 6 годин) на ведення електронної документації [12]. Інше дослідження повідомило про подібний розподіл часу: 27,0 % свого загального часу лікар витрачає на безпосереднє клінічне спілкування з пацієнтами та 49,2 % — на електронні медичні записи та канцелярську роботу [76]. У стаціонарі лікарі-терапевти проводили 40 % свого часу перед комп'ютером, зокрема, ведення документації, і значно менше часу віч-на-віч із пацієнтами [60].

Вигорання серед медичних працівників негативно впливає не лише на відділення, у якому вони працюють, але й на їх ефективність і функціонування всієї системи охорони здоров'я. Це підвищує ризик лікарських помилок і негативно впливає на безпеку пацієнтів. До недавнього часу пряма кореляція між клінічними результатами та вигоранням не була виявлена. Проте дослідження К.С.Дева та ін. продемонструвало, що існують помірні докази, які свідчать про зв'язок між виснаженням і неоптимальним доглядом, що призводить до медичних помилок, оскільки лікарі, які страждають від синдрому професійного вигорання, подвоюють ризик несприятливої події для безпеки пацієнта через неухважність до деталей, зниження когнітивних функцій і підвищені порушення безпеки [79]. Отже, більш високий рівень вигорання також пов'язаний із більшою невдоволеністю пацієнтів і збільшенням скарг пацієнтів і їхніх сімей [68].

Важливим наслідком для системи охорони здоров'я є також той факт, що лікарі, які вигоріли, частіше виходять на пенсію раніше, що, зі свого боку, може затримати або навіть унеможливити доступ пацієнтів до найдосвідченіших лікарів і збільшити час очікування лікування. Крім того, частота депресії, зловживання наркотиками та алкоголем, а також самогубств значно вища в лікарів, які переживають синдром професійного вигорання [42].

Наслідки вигорання лікаря відчуваються далеко за стінами лікарні. Лікарі, які відчують виснаження, частіше розлучаються, страждають від залежності та вчиняють самогубство. Приблизно один лікар щодня вчиняє самогубство, що є найвищим показником серед усіх професій. Лікарі вдвічі частіше вчиняють самогубство, ніж населення в цілому [78]. Згідно з нещодавнім оглядом майже 80 000 медичних працівників, тривога, депресія, стрес, посттравматичний стресовий розлад і безсоння все частіше вважаються кофакторами вигорання [33].

Окрім погіршення результатів лікування та задоволеності пацієнтів, під загрозою може бути здоров'я лікаря. Останні дослідження зосереджені на зв'язку між трудовими зусиллями (зусиллями, необхідними для задоволення вимог роботи) та винагородою за виконання роботи. Дисбаланс у співвідношенні між зусиллями та винагородою пов'язаний із негативними наслідками для здоров'я. Порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарної осі може бути механізмом, за допомогою якого стрес на роботі спричиняє фізичне захворювання. Дисбаланс зусилля та винагороди на 41 % підвищити ризик коронарних подій [54].

Таким чином, дослідження свідчать про те, що переважна більшість, 64 % практикуючих лікарів, не звертаються за допомогою щодо вигорання або депресії, оскільки вони не вірять, що симптоми є достатньо серйозними, щоб вимагати медичного втручання [39]. Медичні працівники, які переживають синдром професійного вигорання, не мають належного усвідомлення свого синдрому та відповідних ресурсів, щоб впоратися з ним. Лише 45 % медичних організацій пропонують програму на робочому місці для зменшення стресу або вигорання. Це свідчить про те, що медичні працівники мають недостатні ресурси та знання щодо синдрому вигорання, і такий дефіцит допомоги призводить до нестабільності як в особистій, так і в професійній сферах

Лікарня, як заклад охорони здоров'я, має забезпечувати своїм працівникам адекватне професійне та персональне підтримання. Комплексний огляд показав важливість посиленого соціального підтримання та важливу роль, яку відіграє адміністрація лікарень у сприянні підтримання працівників, які вигоріли [72]. Інші дослідження показали, що повага та турбота про добробут працівників, а також визнання працівників були одними з тих атрибутів, які показали вищі

показники задоволеності роботою лікарів, що може мати значення для запобігання вигоранню [51].

Згідно О. В. Бондар і співавт. [1] дослідили особливості емоційного вигорання лікарів-онкологів та зазначили на необхідність професійної психологічної підготовки цих фахівців, яка сприятиме більш ефективній взаємодії фахівця-онколога з пацієнтами та їхніми родичами, що позитивно позначиться одночасно на самопочутті та якості життя пацієнтів і лікарів.

Оцінювання наявності професійного вигорання в працівників екстреної медичної допомоги Львівської області, проведене Н. О. Терендою та співавт. [8], виявило середній та високий рівні професійного вигорання. Зазначено, що чинниками, які спричинили розвиток вигорання, були вік і стаж роботи респондентів.

Через військову агресію значно збільшилося навантаження на фахівців медичної сфери, що загостило проблеми стресу. Цікаве дослідження, на наш погляд, було проведено О. О. Кириловою та ін. [2] щодо визначення рівня психологічної травматизації медичного персонала під час військових дій упродовж 2022–2023 рр. в м. Харків. Дослідники встановили, що 90 % медичних працівників, які працювали в місті на початку війни, мали середній та високий рівні емоційного дистресу. Проте через рік зазначено статистично значуще зниження рівня дистресу на 23 %, що виявлялося зниженням рівня виявів тривоги, страху, депресії, порушень сну. Такі зміни, на думку дослідників, з одного боку, пов'язані з функціонуванням складних механізмів аутосаногенезу, на якому базуються психологічна адаптація та реабілітація, з іншого — наданням психологічної допомоги.

Військові конфлікти спричиняють ситуації, коли медичний персонал і медичні заклади стають військовими цілями всупереч міжнародному гуманітарному праву [4, 5]. Унаслідок прямих загроз здоров'ю та життю до хронічного стресу додаються ще й ризики щодо загрози нервово-психічних розладів [3, 6]. Сучасні вчені вважають, що медичний персонал, який виконує професійні обов'язки в умовах війни, можна вважати військовослужбовцями [7].

Висновки до першого розділу

1. Професійне вигорання — це складне, багатовимірне явище, яке можна розглядати як поступовий процес спричинений сукупністю соціальних, психологічних, організаційних та особистих чинників. Існує багато визначень професійного вигорання, з одного боку професійне вигорання – це різновид стресу, з іншого – це наслідок впливу на особистість цілого комплексу стресогенних чинників, з третього боку – реакція організму на тривалий вплив стресів, що зумовлені їх професійною діяльністю. Спільне у даних визначеннях, що існує проблема працівників, професійна діяльність яких пов'язана з аспектами спілкування з людьми. Отже, професійне вигорання – це процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що проявляється симптомами емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відстороненості та зниження задоволення від виконання роботи, включаючи розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрата співчуття до пацієнта. Тривала стресова ситуація є ключовою у розвитку професійного вигорання.

Професійне вигорання — виникає внаслідок взаємодії між ендогенними індивідуальними та екзогенними чинниками, пов'язаними з роботою. Більшість проведених досліджень вигорання зосереджувалися на вигоранні як на стані, а не як процесі. Етіологія вигорання залишається дискутованою. Існує велика неоднорідність опису етіології вигорання і неясно, є воно медичним станом чи ні. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) внесла професійне вигорання до 11-ї редакції Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), яку випущено в червні 2018 р. для використання з 2022 р., де отримало код QD85 «Burn-out». Незалежно від того, визначається цей стан як хвороба чи ні, неліковане вигорання часто призводить до захворюваності та супроводжується симптомами депресії та тривоги. Раннє виявлення синдрому вигорання дає змогу уникнути таких його наслідків для здоров'я, економіки та суспільства, як втрата продуктивності, прогули, висока плинність кадрів, і відмова від активного життя.

2. Із сучасних уявлень щодо впливу стресу на професійне вигорання можна зазначити що і безпосередньо вигорання — є стресовий стан, який характеризується симптомами розумового виснаження та фізичної втоми, відстороненістю від роботи та відчуттям зниження компетентності. Оскільки вигорання та стрес концептуально пов'язані, нейрогормональні зміни у відповідь на стрес (такі як рівень кортизолу) можуть надати нові шляхи для розуміння патофізіології вигорання та покращення вимірювання його за допомогою біомаркерів. Наразі вчені намагаються визначити біологічні маркери вигорання. Основні фізіологічні механізми, за допомогою яких професійний стрес виявляється в професійному вигоранні, залишаються неясними. Але нові дані свідчать про те, що існує зв'язок між вигоранням і чіткими змінами у виробленні кортизолу віссю гіпоталамус-гіпофіз-наднирники. Отже, 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. Щоденний стрес, пов'язаний із роботою, посилений кількістю часу, проведеного в медичному закладі, та браком часу для особистої діяльності є чинником, що спричиняє професійне вигорання.

3. Вивчення особливостей вияву професійного вигорання у працівників сфери охорони здоров'я показало, що поміж різних фахівців професійне вигорання вражає високий відсоток лікарів. Майже в половини лікарів, що практикують, зазначають професійне вигорання. Лікарі піддаються стресам, що виникають безпосередньо в системі «лікар- пацієнт», так і поза межами цієї системи. Їм доводиться працювати в середовищі, яке засуджує та не є сприятливим. Бюрократичні вимоги до них зростають і постійно змінюються. Крім того, лікарі виявляють, що працюють у середовищі або виконують ролі, яким вони не були навчені. Такі як адміністративні зобов'язання в додаток до своїх значних клінічних зобов'язань. Вигорання призводить до медичних помилок, нижчої якості медичної допомоги, вищих витрат і загалом гірших результатів.

РОЗДІЛ 2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Мета, завдання та характеристики вибірки

Мета дослідження: виявити вплив стресу на професійне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми впливу стресу на професійне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі.
2. Виявити рівень емоційного вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі.
3. Дослідити професійне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі.
4. Дослідити копінг-стратегії та встановити особливості взаємозв'язку механізмів психологічного захисту та емоційного вигорання у лікарів чоловічої та жіночої статі.
5. Розробити рекомендації щодо попередження та подолання професійного вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі в умовах військового стану.

Дослідження впливу стресу на професійне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі в умовах військового часу, проводилось серед лікарів, що працюють на даний час на території, наближеної до військових дій. Дослідження проводилося у м. Суми та м. Харків. Всі лікарі в дослідженні надають медичну допомогу як цивільному населенню, так і військовим, що отримали бойові поранення. Всього у дослідженні взяли участь 50 лікарів. Серед яких 25 жінок і 25 чоловіків. Вік досліджуваних від 27 до 72 років. Усі респонденти з вищою медичною освітою і є представниками різних медичних спеціалізацій. Серед них: терапевти, неврологи, кардіологи, нейрохірурги, анестезіологи-реаніматологи, лікарі медицини невідкладних станів, хірурги, дерматовенеролог, отоларинголог, педіатри, уролог, ортопеди-травматологи, лікарі функційної діагностики. Досліджувані працюють у міських клінічних лікарнях вищезазначених міст. Слід наголосити, що навантаження у кожного лікаря з вибірки значно вище ніж в мирний час

в силу нестачі як самих лікарів, так і середнього та молодшого медичного персоналу, а також зі значним збільшенням кількості пацієнтів.

Для діагностики впливу стресу на професійне вигорання лікарів-жінок і лікарів-чоловіків в умовах військового стану застосовано метод тестування. За його допомогою можна за невеликий проміжок часу зібрати значний обсяг психологічної інформації, яка має високу діагностичну надійність.

2.2 Опис методів дослідження

З метою виявлення впливу стресу на професійне вигорання лікарів чоловічої і жіночої статі в умовах військового часу у дослідженні використовувалось три методики: методика діагностики емоційного вигорання В.В.Бойко; методика діагностики професійного вигорання (МВІ) К.Маслач і С.Джексон в адаптації Н.Є. Водоп'янової та Є.С.Старченкової; «Копінг-тест» Р.Лазаруса і С.Фолкмана. Кожна із зазначених методик дає можливість насамперед виявити рівень розвитку синдрому та наявність окремих складових.

Для найбільш комплексної та детальної діагностики емоційного вигорання доцільно використовувати методику «Діагностика рівня емоційного вигорання» В.В.Бойко (Додаток А). За допомогою цієї методики можна діагностувати емоційне випробуваного, потребує не багато фізичних і психологічних зусиль на її проведення, хоча і є трохи об'ємною. Інструкція до методики проста і зрозуміла без додаткових вигорання на різних стадіях його протікання. Вона є зрозумілою і доступною для пояснень.

Вищенаведена методика відбиває докладну картину синдрому емоційного вигорання як динамічного процесу, що формується поетапно у цілковитій відповідності до механізму розвитку стресу, коли присутні три його фази: напруження, резистенція, виснаження [9]. Автор пропонує класифікувати синдром емоційного вигорання за стадіями. Для кожної стадії характерні ті чи інші симптоми, що відрізняє опитувальник Бойка від опитувальника МВІ К. Маслач.

Кожна фаза включає в себе по 4 симптоми [9]:

Фаза «напруження» — нервово, тривожне напруження є передвісником у формуванні емоційного вигорання, яка включає:

1. симптом «переживання психотравмуючих обставин» (проявляється в посиленні усвідомлення психотравмуючих чинників професійної діяльності);

симптом «незадоволення собою» (в результаті нездатності вплинути на психотравмуючі обставини, людина відчуває невдоволення собою, обраною професією, посадою, енергетика прямує не тільки і не стільки назовні, скільки на себе);

симптом «загнаність у клітку» (психотравмуючі обставини дуже тиснуть і усунути їх неможливо, відчуття безвихідності);

симптом «тривога і депресія» (виявляється у зв'язку з професійною діяльністю в складних обставинах, що спонукають до емоційного вигорання, як засобу психологічного захисту).

Фаза «резистенція» — опір стресу, що зростає, починається з моменту появи тривожного напруження. Людина усвідомлено або і несвідомо прагне до рівноваги, психологічного комфорту, намагається знизити тиск зовнішніх обставин за допомогою наявних у її розпорядженні засобів. Ця фаза включає:

1. симптом «неадекватного вибіркового емоційного реагування» (ознака вигорання, коли професіонал перестає вловлювати

різницю між економічним проявом емоцій і неадекватним вибірково емоційним реагуванням, обмеженням емоційної віддачі під час роботи, робочих взаємодій);

симптом «емоційно-моральна дезорієнтація» (у професіонала виникає потреба в самовиправданні, не виявляючи належного емоційного ставлення до суб'єкту, він захищає свою стратегію);

симптом «розширення сфери економії емоцій» (ця форма захисту здійснюється поза професійною діяльністю, в спілкуванні з рідними, знайомими та друзями, не виникає бажання спілкуватися і з близькими);

симптом «редукції професійних обов'язків» (в професійній діяльності проявляється у спробах полегшити обов'язки, що вимагають емоційних витрат).

Фаза «виснаження» — характеризується помітним падінням загального енергетичного тону й ослабленням з боку нервової

системи, емоційний захист у формі емоційного вигорання стає частиною особистості. Фаза включає:

симптом «емоційного дефіциту» (емоційно не має можливості допомагати суб'єктам своєї діяльності, брати участь у спільній діяльності та співпереживати);

лосимптом «емоційної відчуженості» майже повністю виключаються емоції зі сфери професійної діяльності, майже ніщо не викликає емоційного відгуку, реагування без відчуттів і емоцій);

симптом «особистісної відчуженості або деперсоналізація» (повна або часткова втрата інтересу до суб'єкта професійної

діяльності, який обтяжує професіонала своїми проблемами чи потребами);

симптом «психосоматичних і психовегетативних порушень» (виявляється на рівні фізичного і психічного самопочуття, емоційний захист вже не справляється з навантаженнями, у такий спосіб організм рятує себе від руйнівної потужності емоційного вигорання [9].

Діагностичний тест В.В. Бойко виявляє не тільки особливості прояву синдрому емоційного вигорання, але й виявляє наявність психосоматичних і псих вегетативних порушень та дозволяє побачити провідні симптоми вигорання і відмітити до якої фази формування емоційного вигорання відносяться різні по вираженості симптоми – домінуючі, сформовані або ті, що формуються. Аналіз симптомів по цим фазам показує розвиток синдрому емоційного вигорання на різних рівнях. Виходячи з даних цих показників, обчислених для різних фаз формування синдрому емоційного вигорання, можна дати характеристику особистості й намітити індивідуальні заходи профілактики та психокорекції.

Опитуваним пропонується 84 питання, відповіді на які допоможуть визначити: які симптоми домінують, які сформовані і домінуючі симптоми вищеназваних фаз, а також які ознаки і аспекти поведінки особистості можна скорегувати. Таким чином, методика дає можливість здійснити комплексне дослідження емоційного вигорання, виокремити симптоми, що більш повно розкривають це явище, визначити фазу, яка є домінуючою у розвитку емоційного вигорання.

Наступною для дослідження впливу стресу на професійне вигорання лікарів човіків і жінок, була використана методика

діагностики професійного вигорання (МВІ) К.Маслач і С.Джексон в адаптації

Н.Є.Водоп'янової та Є.С.Старченкової (Додаток Б). «Діагностика професійного вигорання» К. Маслач, або МВІ (Maslach Burnout Inventory) створена для того, щоб оцінити стан опитуваного за трьома шкалами: емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистих досягнень[49].

Емоційне виснаження розглядається як основна складова вигорання та виявляється у зниженому емоційному фоні, байдужості, емоційному перенасиченні. Особистість відчуває, що не має сили і не у змозі контролювати те, що відбувається у житті. Відчуває, ніби «застрягла» у своєму стані. Іншими симптомами є відсутність мотивації, дратівливість, почуття безнадії, апатія, проблеми зі сном, втрата апетиту, знижена концентрація уваги, в тому фізична, песимізм, страхи, депресія, цинізм.

Деперсоналізація — друга складова. Виявляється у деформації відносин з іншими людьми. Може позначатися як підвищенням залежності від оточуючих або посиленні негативізму, цинічне ставлення по відношенню до пацієнтів, клієнтів. Шкала деперсоналізації вимірює не чуттєву реакцію на колег, підлеглих чи роботу, відносини. Зв'язки і стосунки втрачають цінність. Але інколи буває, що людина стає хворобливо залежною від інших.

Редукція особистісних досягнень — третя складова емоційного вигорання, виявляється в тенденції негативно оцінювати себе, знижувати свої професійні досягнення та успіхи, негативізм по відношенню до професійних обов'язків або у применшенні власної гідності, обмеженні своїх можливостей по відношенню до інших. К.Маслач розглядала синдром вигорання в аспекті особистісної деформації працівника під впливом професійних стресів, коли він нехтує професійними обов'язками та зобов'язаннями щодо колег та підлеглих.

До тестування входять 22 твердження, які складаються у три вищезазначені шкали. На кожне із тверджень респондент відповідає по шкалі від 0 до 6, де 0 — це ніколи, а 6 — щодня.

Наступною в дослідженні використовувалась методика «Копінг-тест» Р.Лазаруса, С.Фолкман (Додаток В) призначена для визначення

копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій. Цей опитувальник можна вважати першою стандартною методикою в області вимірювання копінга. Методика була розроблена Р.Лазарусом і С.Фолкманом в 1988 році, адаптована Т.Л.Крюковою, Е.В.Куфтяк, М.С.Замишляєвою у 2004 році.

Опитувальник складається з 50 тверджень, згрупованих у 8 шкал, які стосуються поведінки у важкій життєвій ситуації. Випробуваний повинен оцінити, як часто ці види поведінки виявляються у нього. Номери опитувальника працюють на різні шкали. Завдання контролю над негативними життєвими обставинами полягає в тому, щоб або подолати труднощі, або зменшити їх негативні наслідки, або уникнути ці труднощі, або терпіти їх.

Цілеспрямована соціальна поведінка лікаря дозволяє впоратися з важкою життєвою ситуацією, стресом способами, які відповідають особистісним особливостям і ситуації, через усвідомлені стратегії дій. Ця поведінка направлена на активну зміну, перетворення ситуації, піддається контролю, або на пристосування до неї, якщо ситуація не піддається контролю. При такій умові вона важлива для соціальної адаптації здорових людей. Стили і стратегії розглядаються як окремі елементи свідомої соціальної поведінки, за допомогою яких людина справляється з життєвими труднощами.

Ефективність тієї чи іншої стратегії залежить від особливостей актуальної ситуації і наявних особистісних ресурсів. Стратегії, ефективні в

одній ситуації, можуть бути неефективними і навіть приносити шкоду - в іншій. Разом з цим можна виділити ряд психосоціальних факторів, що сприяють адаптації до стресових ситуацій—комплекс адаптивних індивідуально-типологічних переважно когнітивно-стильових особливостей таких, як копінг-компетентність, оптимізм, самоповага, інтернальність локусу контролю, життєстійкість та ін.

Опитувальник вимірює такі копінг-стратегії:

Конфронтація — стратегія передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок не завжди конкретних дій, спрямованих або на зміну ситуації, або на адаптацію до негативних емоцій у зв'язку з виниклими труднощами. При перевазі цієї стратегії можуть спостерігатися

імпульсивність в поведінці, іноді з елементами ворожості і конфліктності, труднощі планування дій, прогнозування їх результату, корекції стратегії поведінки, невиправдана завзятість. Найчастіше стратегія конфронтації розглядається як неадаптивна, однак при помірному використанні вона може забезпечувати здатність особистості до опору труднощам, вміння відстоювати свої інтереси, справлятися з тривогою в ситуації стресу.

Дистанціювання — стратегія передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок зниження її значущості та ступеня емоційної залученості в неї, такі як перемикання уваги, відсторонення, гумору, знецінення тощо.

Самоконтроль — стратегія передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок цілеспрямованого витіснення і стримування емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації і вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення до самовладання. При перевазі стратегії самоконтролю у

лікаря може спостерігатися прагнення приховувати від оточуючих свої переживання і спонування у зв'язку з проблемною ситуацією. Така поведінка може свідчити про страх саморозкриття, надмірної вимогливості до себе, що призводить до над контрольної поведінки.

Пошук соціальної підтримки — стратегія передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх, соціальних ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної підтримки та дієвої підтримки, орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, поради, співчуття. Пошук інформаційної підтримки передбачає звернення за рекомендаціями до експертів і знайомих, що володіють необхідними знаннями. Потреба в емоційній підтримці проявляється прагненням бути вислуханим, отримати відповідь, розділити з ким-небудь свої переживання. При потребі в дієвій підтримці головною є потреба в допомозі конкретними діями.

Прийняття відповідальності — стратегія передбачає визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми і відповідальності за її вирішення, іноді з виразним компонентом самокритики і самозвинувачення. При помірному використанні ця стратегія відображає прагнення спеціаліста до розуміння залежності між власними діями і їх наслідками, готовність аналізувати свою поведінку,

шукати причини труднощів в особистих недоліках і помилках. Однак, вираженість цій стратегії в поведінці може призводити до невинуватеної самокритики, переживання почуття провини і незадоволеності собою і це може бути фактором ризику розвитку депресивних станів.

Уникнення — стратегія передбачає спроби подолання лікарем негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невинуватених очікувань, відволікання та ін. При виразній перевазі стратегії уникнення можуть спостерігатися неконструктивні форми поведінки в стресових ситуаціях: заперечення або повне ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності і дій по вирішенню труднощів, що виникли, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, занурення в фантазії, переїдання, вживання алкоголю та ін., з метою зниження болісної емоційної напруги. Більшістю дослідників ця стратегія розглядається як неадаптивна, проте не виключається її користь в окремих ситуаціях, в короткостроковій перспективі і при гострих стресогенних ситуаціях.

Планування рішення проблеми — стратегія планування вирішення проблеми передбачає спроби подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням минулого досвіду і наявних ресурсів. Ця стратегія розглядається більшістю дослідників як адаптивна, сприяє конструктивному вирішенню труднощів.

Позитивна переоцінка — стратегія позитивної переоцінки передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного зростання, орієнтованість на осмислення проблемної ситуації, включення її в більш широкий контекст роботи особистості над саморозвитком.

Достовірність отриманих у ході дослідження результатів забезпечувалась послідовною та систематичною реалізацією теоретичних засад розв'язання завдань емпіричного дослідження, відповідністю обраних методів діагностики предмету і завданням дослідження.

Висновки до другого розділу

Другий розділ дослідження присвячено аналізу впливу стресу на професійне вигорання лікарів, які працюють у зоні військових дій. Метою стало визначення динаміки емоційного та професійного вигорання, а також виявлення відмінностей у реакціях на стрес між чоловіками та жінками. В дослідженні взяли участь медики різних спеціальностей, що надало даним більшої репрезентативності.

Було обрано такі методики: методика діагностики емоційного вигорання В.В.Бойко, методика діагностики професійного вигорання (МВІ) К.Маслач і С.Джексон в адаптації Н.Є.Водоп'янової та Є.С.Старченкової та методика «копінг-тест» Р.Лазаруса і С.Фолкмана. Перша методика використовується для глибокого аналізу стадій формування емоційного вигорання, його компонентів і динаміки. Вона дозволяє визначити емоційні реакції лікарів, їхню взаємодію зі стресовими факторами професійної діяльності та відмінності між чоловіками і жінками у цьому контексті. Друга – спрямована на оцінку трьох основних компонентів професійного вигорання: емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійної ефективності. Її використання забезпечує порівняння проявів вигорання у чоловіків та жінок, а також аналіз впливу стресових чинників на ці компоненти. Третя методика дозволяє оцінити стратегії подолання стресу (копінг-стратегії), які застосовують лікарі. Це дасть змогу виявити, які підходи до стресу є більш характерними для представників різної статі, і як вони впливають на ризик розвитку професійного вигорання. Сукупне застосування цих методик сприяє отриманню цілісного уявлення про вплив стресу на професійне вигорання лікарів, можливо виявленню гендерних відмінностей у розвитку вигорання та пошуку ефективних стратегій їх профілактики.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ ЧОЛОВІЧОЇ ТА ЖІНОЧОЇ СТАТІ

3.1. Результати дослідження рівня емоційного вигорання лікарів чоловічої і жіночої статі

У відповідності до завдань емпіричного дослідження ми проводили інтерпретацію, а також аналіз результатів виявлення рівня емоційного та професійного вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі. Для цього були використані наступні методики та тести: методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В.В. Бойко), та опитувальник «Психічне вигорання» (К.Маслач та С. Джексон в адаптації Н.Є. Водоп'янової та О.С. Старченкової).

Першою була використана методика «Діагностика емоційного вигорання» (В.В.Бойко). Після обробки отриманих результатів, дані систематизували та зафіксували в таблиці 3.1. Первинні результати ми помістили в додатках (Ж,Г)

За допомогою цієї методики був виявлений рівень сформованості та найбільш проявлені симптоми емоційного вигорання у нашій вибірці. Методика дозволяє дати саме комплексну характеристику синдрому. Отже, всю вибірку випробуваних за результатами дослідження можна розділити за критерієм сформованості фаз: досліджувані, у яких синдром емоційного вигорання не сформувався, досліджувані, у яких синдром знаходиться в стадії формування та досліджувані, у яких синдром повністю сформувався.

Таблиця 3.1

Вивчення прояву симптомів емоційного вигорання у лікарів жіночої і чоловічої статі

Шкала	Значення в балах (жінки)	Значення в балах (чоловіки)
Переживання психотравмуючих обставин	11,28	13,96
Незадоволеність собою	7,64	7,32
Загнаність у кут	4,88	7,48
Тривога і депресія	12,00	13,72
Неадекватне емоційне реагування	18,08	18,20
Емоційно-моральна дезорієнтація	10,84	9,52
Розширення сфери економії емоцій	15,68	13,16
Редукція професійних обов'язків	18,08	17,88
Емоційний дефіцит	11,40	11,60
Емоційне відчуження	13,28	12,40
Деперсоналізація	10,92	13,20
Психосоматичні порушення	9,40	8,00
Фаза напруження	35,80	42,48
Фаза резистенції	62,68	58,76
Фаза виснаження	45,00	45,20

Аналіз даних таблиці 3.1 свідчить, що фаза «напруження» (35,80) не сформована у лікарів жіночої статі. В той же час у лікарів чоловічої статі фаза «напруження» (42,48) знаходиться у стадії формування. При цьому фаза «резистенції» (62,68) у жінок сформована, а в чоловіків – фаза «резистенції» (58,76) знаходиться на стадії формування, але з дуже високим балом. Такий процес є свідченням певної емоційної закритості, відстороненості та байдужості досліджуваних, що може бути показником їхнього емоційного виснаження. На такому фоні будь-яке емоційне залучення до професійних справ і комунікацій може викликати відчуття надмірної перевтоми, небажання здійснювати свої професійні обов'язки, прагнення якомога менше часу витратити на них та бажання припинити взагалі будь-які комунікації. На стадії формування стадії «резистенції» і особливо на уже сформованій фазі

лікар свідомо чи не свідомо прагне до психологічного комфорту, аж до потреби знизити тиск зовнішніх обставин за допомогою наявних в його розпорядженні ресурсів. Тут характерне виражене падіння загального енергетичного тону та ослаблення нервової системи. Фаза «виснаження» теж знаходиться на стадії формування у всій вибірці, тобто у лікарів-жіночої статі (45,00) і у лікарів-чоловічої статі(45,20).

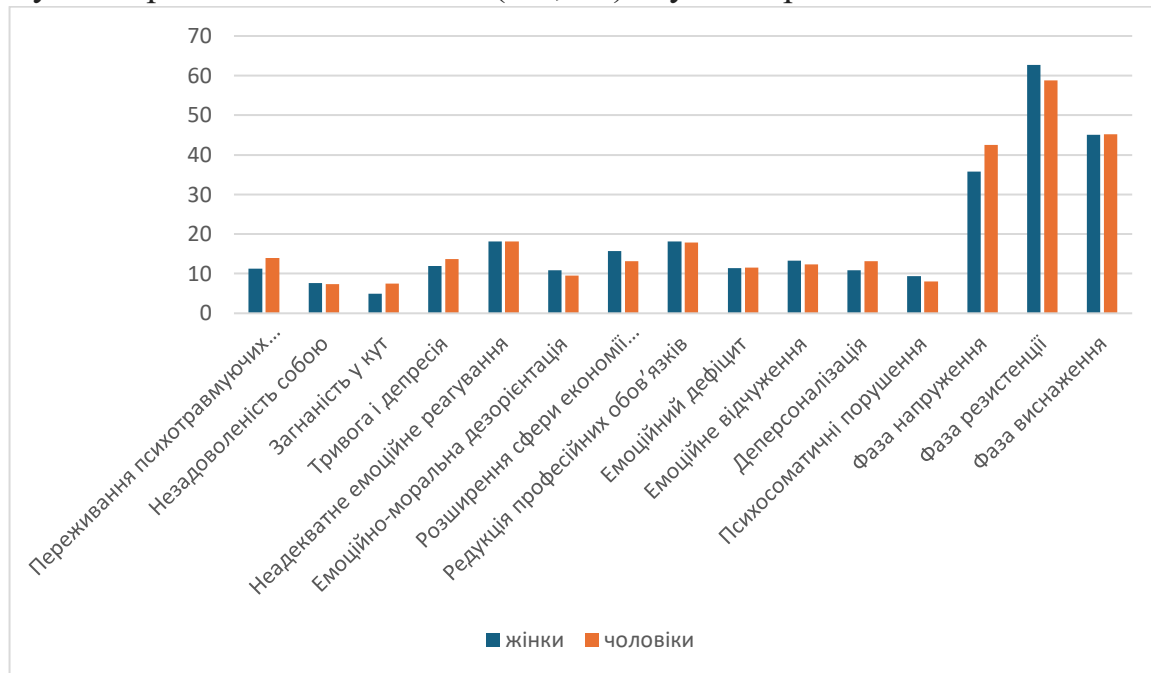


Рис.3.1 Порівняння симптомів емоційного вигорання та фаз емоційного вигорання у лікарів чоловічої та жіночої статі

Як видно з рис.3.1 У фазі «напруження» найбільш виражений симптом, у всій вибірці досліджуваних, тривога і депресія. У лікарів жіночої статі цей показник (12,00), а серед лікарів чоловічої статі (13,72). Найчастіше це свідчить про те, що лікарі обох статей відчувають напругу в формі переживання тривожності, розчарування в професії. Сформований симптом нервової тривожності означає початок опору стресовим ситуаціям і початок формування емоційного захисту. На другому місці у фазі «напруга» і у чоловіків і в жінок – переживання психотравмуючих обставин. Показник у жінок(11,28), а у чоловіків(13,96). Він демонструє собою реакції на фактори, що сприяють формуванню емоційного вигорання і означає, що лікарі, працюючи в таких умовах відчувають вплив психотравмуючих чинників, посилюється напруга, що призводить до розвитку емоційного вигорання.

У фазі «резистенція» більш вираженими симптомами є неадекватне емоційне реагування та редукція професійних обов'язків. Показники симптому неадекватного емоційного реагування у жінок (18,08), у лікарів- чоловіків (18,20). Щодо першого, неадекватного емоційного реагування, то він найчастіше свідчить про те що лікар перестає бачити різницю між економним проявом емоцій і неадекватним виборчим емоційним реагуванням. Неадекватна економія емоцій обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування. При цьому спеціалісту здається, що він діє припустимим чином. але суб'єкт спілкування фіксує емоційну черствість, байдужість і неповагу до своєї особистості. Другий домінуючий симптом у цій фазі, редукція професійних обов'язків, у лікарів жіночої статі (18,08) і у лікарів чоловічої статі (17,88) означає, що у спеціалістів проявляються спроби полегшити професійні обов'язки, які вимагають емоційних втрат. Прикладом може слугувати недостатня увага до пацієнтів і колег. Обидва ці симптоми є прийомами психологічного захисту. І, як можемо бачити із числових показників, кількісна різниця мінімальна. Також у фазі «резистенція» суттєво відбивається симптом розширення сфери економії емоцій. Показники серед лікарів жіночої статі (15,68), серед лікарів чоловічої статі(13,16). Наявність цього симптому говорить про те, що для спеціалістів вже характерна емоційна замкненість, припинити взагалі будь-які комунікації. І як бачимо з числових значень, цей симптом більшою мірою притаманний лікарям-жінкам.

У фазі «виснаження», яка знаходиться у стадії формування в усій вибірці, але домінуючий симптом у чоловіків-лікарів відрізняється від жінок- лікарів. Таким провідним симптомом у чоловіків є особистісна відстороненість, або деперсоналізація (13,20). Він проявляється в процесі спілкування у вигляді часткової втрати інтересу до суб'єкта професійної діяльності. При цьому спеціаліст відчуває себе спостерігачем, глядачем, а «справжнє життя» відбувається не за його участі. Важко приймати рішення. Деякі можуть наполегливо займатися самоаналізом, інші виявляють схильність до втечі від самого себе за допомогою алкоголю чи самообману.

У лікарів-жінок провідним симптомом у цій фазі є емоційна відчуженість (13,28). Спостерігається ефект «кам'яного обличчя», складається враження, що людина занадто ділова або зібрана. При цьому жінка відчуває себе ніби чаша, наповнена негативними емоціями.

Захисні механізми психіки запобігають психічному «згоранню», тому людина закривається, замикається у собі, відгороджуючись від будь-яких емоційних подразників.

Інші симптоми, як загнаність у кут: жінки (4,88), чоловіки (7,48); незадоволеність собою: жінки (7,64), чоловіки (7,32) – виявляються, але в значно меншій мірі. Значне проявлення цих симптомів обумовлює поведінку, коли спеціаліст не задоволений власною професійною діяльністю, і собою, як професіоналом. Має бажання змінити роботу, чи професійну діяльність взагалі. Дослідження показало, що саме ці симптоми мають найменшу вираженість у опитуваних. Ми вважаємо, що це показник саме того, що медики свідомо підходять до виконання своїх професійних обов'язків, особливо у цей складний час і незважаючи на труднощі сьогодення.

Отже, наведені дані дають можливість розкрити сутність поведінкових реакцій лікарів обох статей під впливом воєнного стресу при виникненні синдрому. Переважна більшість опитаних лікарів, згідно з даними дослідження, схильні до таких захисних реакцій, як «неадекватне вибіркоче реагування», «редукція професійних обов'язків», та «розширення сфери економії емоцій». Це відображається на стосунках з оточуючими, може призводити до неадекватних емоційних реакцій та спонтанних конфліктів.

Для порівняння отриманих даних щодо прояву симптомів емоційного вигорання у лікарів чоловічої та жіночої статі, нами була здійснена перевірка отриманих даних. Первинно, так як у нас отримані дані за методиками: «Діагностика рівня емоційного вигорання» В.В.Бойко, опитувальник «Психічне вигорання» К.Маслач та С.Джексон в адаптації Н.Є.Водоп'янової та О.С.Старченкової та «Копінг-стратегій» Р.Лазаруса в адаптації Е.Крюкової, Є.Куфтяк характеризуються переважно шкальним або порядковим рівнем вимірювання, і зазвичай є непараметричним, тобто їх розподіл може відрізнитися від нормального. Для перевірки гіпотези про нормальний або рівномірний розподіл ми застосували критерій Колмагорова-Смірнова.

Таблиця 3.2

Перевірка нормальності розподілу за допомогою одновибіркового критерію Колмогорова-Смирнова

Шкала	Найбільші екстремальні розбіжності			Статистика критерію	p (2-ст)
	Абсолютне	Додатне	Від'ємне		
Методика К. Маслач					
Емоційне виснаження	,087	,087	-,048	,087	,200
Деперсоналізація	,115	,086	-,115	,115	,095
Редукція досягнень	,096	,054	-,096	,096	,200
Методика Бойка					
Переживання психотравмуючих обставин	,127	,097	-,127	,127	,044
Незадоволеність собою	,164	,164	-,096	,164	,002
Загнаність у кут	,213	,205	-,213	,213	,000
Тривога і депресія	,103	,103	-,076	,103	,200
Неадекватне емоційне реагування	,135	,071	-,135	,135	,024
Емоційно-моральна дезорієнтація	,184	,184	-,082	,184	,000
Розширення сфери економії емоцій	,122	,122	-,090	,122	,059
Редукція професійних обов'язків	,129	,084	-,129	,129	,037
Емоційний дефіцит	,166	,166	-,073	,166	,001
Емоційне відчуження	,118	,118	-,106	,118	,081
Деперсоналізація	,112	,108	-,112	,112	,158
Психосоматичні порушення	,142	,142	-,090	,142	,014

Фаза напруження	,143	,143	-,089	,143	,012
Фаза резистенції	,065	,065	-,048	,065	,200
Фаза виснаження	,154	,154	-,052	,154	,005
Методика Лазаруса					
Конфронтаційний	,115	,115	-,105	,115	,097
Дистанціювання	,104	,082	-,104	,104	,200
Самоконтроль	,142	,142	-,104	,142	,013
Пошук соціальної підтримки	,124	,055	-,124	,124	,053
Прийняття відповідальності	,163	,137	-,163	,163	,002
Втеча/уникнення	,148	,148	-,113	,148	,008
Планування вирішення проблеми	,129	,112	-,129	,129	,036
Позитивна переоцінка	,152	,104	-,152	,152	,006

Примітка: * $p \leq 0,05$

Як бачимо з таблиці 3.2 показник середнього квадратичного відхилення p (2-ст) менше за 0,05.

Висновок, який можемо зробити з огляду на дослідження, що у нас по ряду шкал розподіл виявився не нормальним. Тобто по ряду показників ми отримали коефіцієнт менше за 0,05. Тому ми прийняли рішення про використання непараметричних методів. До таких відноситься метод Манна-Уїтні.

Отже, дані, що ми отримали, були проаналізовані із застосуванням критерія Манна-Уїтні, який дає можливість виявити на скільки значимими є відмінності прояву певного симптому вигорання у двох незалежних вибірках. Нижче, в узагальненій таблиці 3.3, ми навели дані розрахунків. Для того, щоб говорити про відмінності, ми повинні отримати результат, що менше або дорівнює статистичному показникові 0,05 ($P \leq 0,05$).

Таблиця 3.3

Виявлення статистичних відмінностей емоційного вигорання чоловіків і жінок

	Група	Середній ранг	U Манна-Уїтні	W Вілкоксона	Z	P (2-ст)
Переживання психотравмуючих обст.	Жінки	22,50	237,500	562,500	-1,463	,144
	Чоловіки	28,50				
Незадоволеність собою	Жінки	26,36	291,000	616,000	-,421	,674
	Чоловіки	24,64				
Загнаність у кут	Жінки	23,70	267,500	592,500	-,886	,376
	Чоловіки	27,30				
Тривога і депресія	Жінки	25,12	303,000	628,000	-,185	,853
	Чоловіки	25,88				
Неадекватне емоційне реагування	Жінки	24,62	290,500	615,500	-,429	,668
	Чоловіки	26,38				
Емоційно-моральна дезорієнтація	Жінки	27,04	274,000	599,000	-,752	,452
	Чоловіки	23,96				
Розширення сфери економії емоцій	Жінки	27,46	263,500	588,500	-,953	,341
	Чоловіки	23,54				
Редукція професійних обов'язків	Жінки	25,80	305,000	630,000	-,146	,884
	Чоловіки	25,20				
Емоційний дефіцит	Жінки	26,80	280,000	605,000	-,634	,526
	Чоловіки	24,20				
Емоційне відчуження	Жінки	26,30	292,500	617,500	-,390	,696
	Чоловіки	24,70				
Деперсоналізація	Жінки	24,32	283,000	608,000	-,577	,564
	Чоловіки	26,68				

Психосоматичні порушення	Жінки	27,74	256,500	581,500	-1,093	,275
	Чоловіки	23,26				
Фаза напруження	Жінки	25,04	301,000	626,000	-,223	,823
	Чоловіки	25,96				
Фаза резистенції	Жінки	26,66	283,500	608,500	-,563	,573
	Чоловіки	24,34				
Фаза виснаження	Жінки	26,72	282,000	607,000	-,592	,554
	Чоловіки	24,28				

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

Дані статистичного аналізу свідчать про те, що показник p для всіх симптомів вигорання більший за 0,05. Що показує відсутність різниці між лікарями чоловічої статі та лікарями жіночої статі за симптомами емоційного вигорання.

Якщо проаналізувати емоційне вигорання за опитувальником «Психічне вигорання», який розроблений Н.Є Водоп'яною, О.С. Старченковою на основі моделі К.Маслач та С.Джексон, то це являє собою тривимірну модель, що включає три субшкали: емоційне виснаження, деперсоналізацію, редукцію особистих досягнень. Результати дослідження синдрому професійного вигорання представлені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Вивчення розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів жіночої і чоловічої статі

Шкала	Значення в балах (жінки)	Значення в балах (чоловіки)
Емоційне виснаження	23,04	23,32
Деперсоналізація	13,24	13,56
Редукція досягнень	29,92	30,36

Як бачимо з таблиці 3.4 рівень емоційного виснаження у лікарів-жінок (23,04), у лікарів-чоловіків (23,32) і ці показники відповідають середньому рівню. Редукція особистих досягнень у лікарів чоловічої статі (30,36), у лікарів жіночої статі (29,92). Показники для спеціалістів обох статей знаходяться на високому рівні. За субшкалою деперсоналізація притаманна на високому рівні лікарям і чоловічої статі (13,56) і жіночої статі (13,24).

Необхідно звернути увагу лікарям, які мають високий рівень показника професійного вигорання «деперсоналізація» (13,24), що може проявлятися у погіршенні стосунків з колегами по роботі, пацієнтами та спостерігатися зростання негативізму, цинічності стосовно оточуючих і безпосередньо названих категорій людей. Стосовно показників вигорання як «емоційне виснаження» (23,04) у досліджуваних спостерігаються показники середнього рівня. Це свідчить про наявність у досліджуваних зниженого емоційного фону, байдужість та емоційне перенасичення, також працівники схильні негативно оцінювати себе, свої професійні досягнення та успіхи, може спостерігатися негативізм щодо службової гідності, обмеження своїх можливостей, обов'язків щодо інших.

Високий показник «редукції особистих досягнень» (30,36) полягає в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень, також в обмеженні своїх можливостей. Спеціалісти схильні до негативізму, проявляють негативізм щодо службової гідності і можливостей. Показник, що помітно знижує ефективність виконання службових обов'язків.

Порівняння показників професійного вигорання у лікарів чоловічої і жіночої статі представлено на рис.3.2.



Рис.3.2 Порівняння показників професійного вигорання у лікарів чоловічої і жіночої статі

Порівняння показників професійного вигорання у лікарів чоловічої і жіночої статі представлено на рис.3.2. Як ми бачимо розвиток синдрому професійного вигорання у лікарів жіночої і чоловічої статі в даному дослідженні відбувається через другий і третій компоненти. Деперсоналізацію, яка характеризується як погіршення стосунків з пацієнтами та колегами по роботі, зростанні негативізму, цинічності стосовно найближчого професійного оточення. Та третій компонент: редукцію особистих досягнень і відповідно веде до негативного оцінювання себе, як професіонала.

Таким чином, з результатів дослідження бачимо що у лікарів, що працюють в умовах військового часу на територіях наближених до воєнних дій відмічається значні прояви синдрому «професійного вигорання». Звертає на себе увагу той факт, що рівень професійного вигорання за всіма трьома шкалами є майже однаковим у чоловіків і жінок, що свідчить про схожість їх професійного досвіду в аспекті вигорання. Незначно вищі показники у чоловіків за шкалами деперсоналізації та редукції досягнень можуть вказувати на дещо інші підходи до самореалізації або особливості емоційного реагування. Водночас висока схожість балів може свідчити про вплив універсальних чинників, таких як умови праці, вимоги професії, робоче навантаження та соціально-економічні обставини.

На завершення, було проведено порівняння результатів діагностики професійного вигорання за методикою, стосовно наявності відмінностей симптомів професійного вигорання у лікарів чоловічої статі та лікарів жіночої статі за допомогою математичного аналізу. Результати представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Виявлення статистичних відмінностей психічного вигорання чоловіків і жінок за Манна-Уїтні

	Група	Середній ранг	U Манна-Уїтні	W Вілкоксона	Z	P (2-ст)
Емоційне виснаження	Жінки	25,72	307,000	632,000	-	,915
	Чоловіки	25,28				
Деперсоналізація	Жінки	25,20	305,000	630,000	-	,884
	Чоловіки	25,80				
Редукція досягнень	Жінки	24,06	276,500	601,500	-	,483
	Чоловіки	26,94				

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

Як видно з таблиці 3.5. статистичний аналіз не виявив статистично значущих відмінностей між показниками психічного вигорання.

Таким чином, проведений нами аналіз прояву емоційного вигорання і професійного вигорання спеціалістів-медиків обох статей в період військового стану і працюючих на територіях, що наближені до військових дій показує, що різниця між лікарями-жінками і лікарями-чоловіками у проявах симптомів емоційного і професійного вигорання відсутня. При цьому рівень вигорання у вибірці досить високий.

3.2 Результати дослідження способів подолання труднощів лікарів чоловічої та жіночої статі. Особливості їх копінг- стратегій

Дослідження копінг-стратегій проводилось за допомогою методики «Копінг-стратегій» (Р.Лазаруса) (адаптація Е. Крюкової, Є. Куфтяк). Результати представленні в таблиці 3.6. Первинні результати ми помістили в додатку 3.

Таблиця 3.6

Вивчення копінг- стратегій у лікарів чоловічої та жіночої статі

Шкала	Значення в балах (жінки)	Значення в балах (чоловіки)
Конфронтаційний	7,96	8,80
Дистанціювання	8,64	8,80
Самоконтроль	12,08	12,60
Пошук соціальної підтримки	10,40	10,60
Прийняття відповідальності	6,00	6,80
Втеча/уникнення	10,64	11,24
Планування вирішення проблеми	11,68	12,52
Позитивна переоцінка	12,16	12,00

Показники копінгу «позитивна переоцінка» у лікарів- чоловіків (12,00), у лікарів-жінок (12,16). Цей вид копінгу передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного зростання. Її характерна орієнтованість на осмислення проблемної ситуації з включенням у більш широкий контекст роботи над саморозвитком.

Копінг «планування вирішення проблем» у лікарів жіночої статі (11,68), а у лікарів чоловічої статі (12,52). Для такого копінгу характерним є наявність спроб подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації, і можливих варіантів поведінки, розробка стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, наявності ресурсів і минулого досвіду. Дана стратегія розглядається більшістю дослідників як адаптивна, сприяє конструктивному вирішенню труднощів.

Результати порівняння копінг-стратегій у лікарів чоловічої і жіночої статі представлено на рис. 3.3.

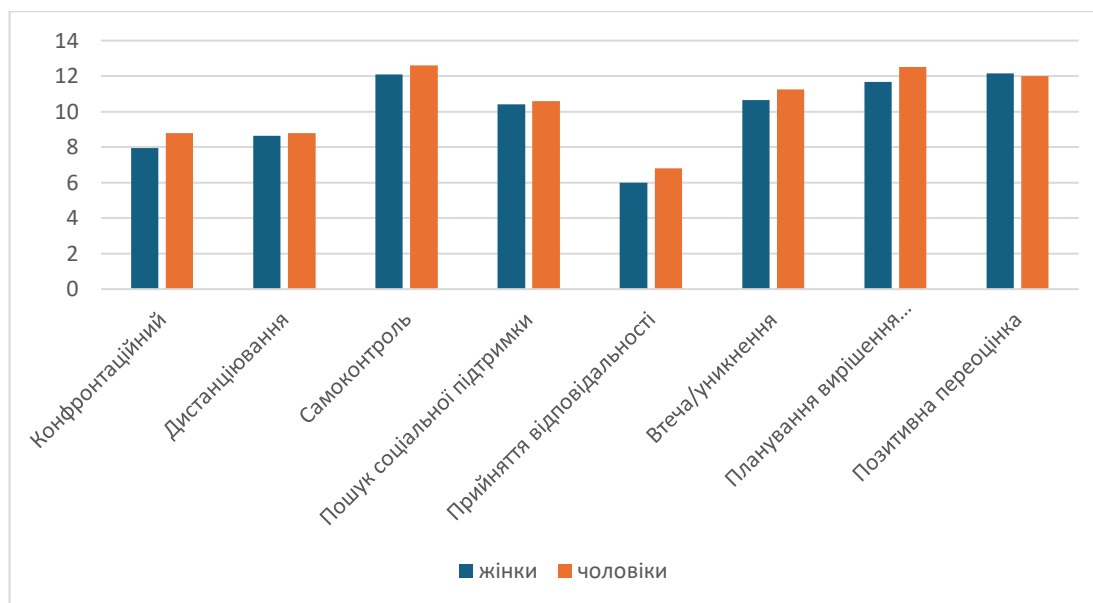


Рис.3.3 Порівняння копінг-стратегій у лікарів чоловічої і жіночої статі

У меншій мірі виявляються копінги такі як уникнення, пошук соціальної підтримки і низький рівень за іншими видами копінгів (конфронтація, дистанціювання, прийняття відповідальності). У лікарів жіночої статі «пошук соціальної підтримки» (10,40), у лікарів чоловічої статі (10,60). Копінг-стратегія «пошук соціальної підтримки» ймовірно реалізується в ситуаціях де для вирішення проблем залучаються різного виду ресурси. Йдеться про зовнішньо обумовлені, тобто друзі, знайомі, кола підтримки і, професійні у тому числі, є спасінням від впливу стресу. На нашу думку ці ресурси можуть бути підтримкою від різних благодійних організацій, фондів, гуманітарної допомоги, підтримкою від органів самоврядування, емоційною підтримкою від близьких, оточуючих тощо.

Присутня стратегія «прийняття відповідальності». Значення у лікарів-жінок (6,00), у лікарів-чоловіків (6,80). При цій стратегії ключовим механізмом подолання негативних емоцій є прийняття відповідальності на себе за виникнення проблемної ситуації. Негативною і проблемною у цій стратегії є залучення нищівної самокритики, переживання почуття провини й дуже часто невдоволеності собою.

Представлене у вибірці «уникнення». Показники для медиків-жінок (10,64), для медиків-чоловіків (11,24). Воно реалізується в

подоланні переживань негативного характеру, що виникають через труднощі шляхом ухиляння від проблем, заперечування проблем. Така форма копінгу проявляє неконструктивні форми реакції чи поведінки у стресових ситуаціях: пасивність, спалахи агресії, переїдання, фантазування, часто вживання алкоголю задля зниження емоційного напруження. Важливо зазначити, що «втеча/уникнення» може супроводжуватися емоційною ригідністю, яка заважає об'єктивній когнітивній оцінці ситуації, що, своєю чергою, уповільнює відновлення нормального життєвого устрою.

Стратегія «конфронтація» проявлена у лікарів жіночої статі (7,96), у чоловіків (8,80). Хоча вона включає в себе діяльність проти проблеми, але вона не завжди є реально цілеспрямованою. Зазвичай застосування такої стратегії передбачає ворожу налаштованість до ситуації та миттєве і агресивне реагування. Враховуючи факт того, що загроза для осіб наразі є фактичною щодня, через близькість до бойових дій і що досліджуваний контингент – лікарі, така стратегія на наш погляд при нинішніх умовах є більше конструктивною аніж навпаки.

Після виявлення і аналізу прояву копінг-стратегій у лікарів-чоловіків і лікарів-жінок, нами здійснена перевірка наявності та значимості даних за допомогою математичного аналізу. Отримані результати були опрацьовані із застосуванням критерія Манна-Уїтні, що дозволяє виявити чи значимі є відмінності прояву певної ознаки (копінгу) у двох незалежних вибірках.

Таблиця 3.7

Виявлення статистичних відмінностей прояву копінг-стратегій чоловіків і жінок

	Група	Середній ранг	U Манна-Уїтні	W Вілкоксона	Z	P (2-ст)
Конфронтаційний	Жінки	23,20	255,000	580,000	-1,126	,260
	Чоловіки	27,80				
Дистанціювання	Жінки	24,78	294,500	619,500	-,351	,725
	Чоловіки	26,22				
Самоконтроль	Жінки	25,36	309,000	634,000	-,068	,945
	Чоловіки	25,64				
Пошук соціальної підтримки	Жінки	25,10	302,500	627,500	-,195	,845
	Чоловіки	25,90				
Прийняття відповідальності	Жінки	23,14	253,500	578,500	-1,166	,243
	Чоловіки	27,86				
Втеча/уникнення	Жінки	25,52	312,000	637,000	-,010	,992
	Чоловіки	25,48				
Планування вирішення проблеми	Жінки	23,70	267,500	592,500	-,880	,379
	Чоловіки	27,30				
Позитивна переоцінка	Жінки	26,02	299,500	624,500	-,254	,800
	Чоловіки	24,98				

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

Як видно з таблиці 3.7 статистичний аналіз показав, що в обох вибірках відсутні наявні відмінності прояву копінг-стратегій в стресових ситуаціях. За всіма видами копінгу і у лікарів чоловічої статі і у лікарів жіночої статі отримано коефіцієнти, що значно перевищують показник 0,05.

Отже, проведений нами аналіз прояву копінг-стратегій у лікарів чоловічої статі і лікарів жіночої статі, а також за отриманими даними

результатів статистичної обробки вищенаведеної методики вивчення копінг-стратегій дозволяє зробити висновки про те, що між лікарями різних статей не зафіксовано значущої різниці у використанні копінг-стратегій та професіонали медици обох статей використовують різні види копінгу і в нашому дослідженні синхронно продемонстровані в більшій мірі «самоконтроль», «позитивна переоцінка», «планування вирішення проблем», «пошук соціальної підтримки» та навіть «втеча/уникнення».

3.3 Особливості взаємозв'язку механізмів психологічного захисту, копінг-стратегій та синдрому емоційного вигорання у лікарів чоловічої та жіночої статі

Для докладного вивчення взаємозв'язку компонентів синдрому вигорання та сфери саморегуляції у лікарів чоловічої та жіночої статі в період військового стану, у процесі обробки результатів нашого емпіричного дослідження, було здійснено факторний аналіз отриманих даних. Кореляційна матриця змінних була піддана процедурі аналізу за методом головних компонент. Було вилучено 3 фактори, які піддалися обертанню за методом Варімакс. У повному обсязі результати факторного аналізу представлені в Додатку К.

Розглянемо кожен із виявлених факторів більш детально.

1-й фактор «напруження»;

2-й фактор «копінг-стратегії»;

3-й фактор «професійне вигорання».

У 1-й фактор «напруження» увійшли шкали: «емоційне виснаження» (0,652), «переживання психотравмуючих обставин» (0,499), «незадоволеність собою» (0,770), «загнаність у кут» (0,601), «тривога і депресія» (0,880), сумарний показник фази «напруження» (0,867). Таким чином, в даний фактор входять показники саме емоційного вигорання і сумарна фаза напруження з тесту професійного вигорання.

Отже, цей фактор відображає інтегральний показник емоційної напруги і має тісний зв'язок із фазою напруження професійного вигорання. Фактор 1 є центральним у структурі професійного вигорання, оскільки він об'єднує ключові показники емоційного виснаження та психологічного стресу. Його зв'язок із фазою напруження підкреслює важливість раннього виявлення та роботи з цими аспектами.

Фактор 2 «копінг-стратегії» об'єднує наступні шкали копінг-стратегій: «конфронтаційний копінг» (0,730), «самоконтроль» (0,706), «пошук соціальної підтримки» (0,742), «прийняття відповідальності» (0,747), «втеча/уникнення» (0,586), «планування вирішення проблем» (0,801), «позитивна переоцінка» (0,756).

Даний фактор відображає багатовимірний підхід до подолання стресових ситуацій і характеризує адаптивний потенціал індивіда. Фактор 2 показує різноманітність копінг-стратегій, які використовуються професіоналами для подолання професійних та емоційних труднощів. Він охоплює як конструктивні стратегії (планування вирішення проблем, позитивна переоцінка, самоконтроль), так і менш адаптивні (втеча/уникнення). Такий комплексний склад фактора свідчить про різний рівень адаптивності стратегій у стресовій ситуації. Наприклад, пошук соціальної підтримки може бути ключовим у зниженні емоційного виснаження, тоді як втеча/уникнення частіше корелює з тимчасовим зниженням тривоги, але не вирішує проблему.

Отже, фактор 2 демонструє, що копінг-стратегії є важливим компонентом подолання професійного вигорання. Включення як адаптивних так і неадаптивних стратегій вказує на те, що лікарі можуть використовувати різні підходи залежно від ситуації, емоційного стану та доступності ресурсів. Звичайно, особливу увагу слід приділяти підвищенню ефективності адаптивних копінг-стратегій через тренінги або психологічні інтервенції.

Фактор 3 «професійне вигорання» об'єднує симптоми: деперсоналізації (0,538), розширення економії емоцій (0,701), редукцію професійних обов'язків (0,830), емоційне відчуження (0,504), психосоматичні порушення (0,537) і сумарний показник фази резистенції. Фактор відображає спробу організму знизити навантаження через зменшення емоційної залученості, що призводить до деперсоналізації у міжособистісних стосунках, відчуження від

роботи та колег, а також редукції професійних обов'язків. Психосоматичні порушення такі, як: головний біль, порушення сну, загальна втома, підкреслюють фізичний вимір цієї фази. На наш погляд даний фактор свідчить про те, що людина намагається адаптуватися до тривалого стресу через емоційне дистанціювання, яке, з одного боку, зменшує суб'єктивне навантаження, але з іншого боку, негативно впливає на професійну діяльність і стосунки. З огляду на числові значення, фактор вагомий і відіграє важливу роль у структурі професійного вигорання та реакції організму на хронічний стрес. Склад фактора вказує на критичну фазу професійного вигорання, коли вичерпуються компенсаторні ресурси і людина переходить до механізмів резистенції, які супроводжуються як емоційними (деперсоналізація, відчуження), так і фізичними симптомами (психосоматичні порушення). Це є сигналом, що потрібне втручання для запобігання переходу до фази виснаження. Розширення економії емоцій та редукція професійних обов'язків свідчать про втрату мотивації до діяльності та зниження її ефективності. У той же час, психосоматичні порушення демонструють, що організм реагує на хронічний стрес фізіологічними симптомами.

Таким чином, фактор 3 вказує на критичну фазу резистенції в процесі професійного вигорання, яка супроводжується значними психологічними і фізіологічними змінами. Вчасне виявлення цих симптомів та впровадження заходів для їх корекції можуть допомогти запобігти переходу до більш важких станів.

Таким чином, на основі факторного аналізу було виділено три ключові фактори: «напруження», «копінг-стратегії» та «професійне вигорання».

Висновки до третього розділу

1. Діагностика емоційного вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі, які працюють в період військового часу і на територіях, наближених до воєнних дій виявила, що фаза «напруження» у жінок не сформована. Це може означати, що лікарки, попри наявність стресових факторів, поки що не переживають значного напруження, яке б вело до вигорання. Однак у чоловіків ця фаза знаходиться в стадії формування, що вказує на поступове накопичення напруження, яке може згодом перейти у виражений етап вигорання. Фаза «резистенції» у жінок сформована і може свідчити про те, що вони активно застосовують механізми психологічного захисту, проте це може призводити до зниження ефективності роботи та ризику подальшого виснаження. У чоловіків ця фаза знаходиться в стадії формування, що може вказувати на те, що вони ще не повністю активували захисні механізми, або перебувають на початковому етапі стратегії подолання стресу. Фаза «виснаження» у обох груп знаходиться на рівні формування. Це означає, що як чоловіки, так і жінки відчувають ознаки емоційного виснаження, яке може проявлятися у зниженні мотивації, енергії та інтересу до професійної діяльності.

2. Встановлено, що показники «емоційного виснаження» у лікарів чоловічої та жіночої статі є практично однаковими і значення знаходяться на середньому рівні. Це вказує на значну напругу, і у жінок і у чоловіків схожий рівень емоційної втоми та виснаження у професійній діяльності. За шкалами «деперсоналізація» і «редукція особистих досягнень» у лікарів обох статей бачимо високий рівень проявлення. Це може проявлятися у формі байдужості чи формального стану до роботи. Лікарі можуть відчувати, що їхні зусилля не приносять належних результатів, або сумніваються у своїх здібностях. Поєднання високих рівнів деперсоналізації та редукції особистих досягнень свідчить про досить критичний стан професійного вигорання у лікарів. Такий стан часто виникає як захисна реакція на професійне перевантаження або емоційно напружені ситуації. Це може призвести до серйозних негативних наслідків як для самих медичних представників (виникнення конфліктів та емоційних розладів, зниження

продуктивності, погіршення фізичного стану), так і для якості медичної допомоги.

3. Дослідження копінг-стратегій виявило копінги, які найчастіше застосовують лікарі: «самоконтроль», «позитивна переоцінка», «планування вирішення проблем», «пошук соціальної підтримки» та навіть «втеча/уникнення». Значної різниці в числових значеннях для обох груп досліджуваних не встановлено. Але по мінімальним відмінностям в значеннях можна зробити висновки, що копінг-стратегія «самоконтроль» трохи більше притаманна лікарям-чоловікам. Це може свідчити про те, що чоловіки, можливо, краще контролюють свої емоції та поведінку в складних ситуаціях. Для «Позитивної переоцінки» показник трохи вищий у жінок. З чого можемо припустити, що жінки частіше намагаються переосмислити ситуацію в позитивному ключі. Копінг-стратегія «планування вирішення проблем» більше проявлена у чоловіків, що може свідчити про те, що чоловіки частіше орієнтовані на раціональне вирішення проблем і розробку стратегій дій у стресових ситуаціях. Майже однакові показники для лікарів обох статей для копінгів «пошук соціальної підтримки» та «втеча/уникнення». Соціальна підтримка, як спосіб зменшення стресу важлива для медиків і активно використовується. А стратегія втечі не є конструктивною, але для зменшення стресового навантаження, як тимчасова стратегія притаманна і лікарям-чоловікам і жінкам.

4. Визначено за допомогою факторного аналізу 3 ключові фактори: «напруження», «копінг-стратегії» та «професійне вигорання». Вони відображають різні аспекти психоемоційного стану та адаптивної поведінки, що дозволяє більш точно розуміти механізми, які впливають на розвиток стресових станів і професійного вигорання. Перший фактор («напруження») об'єднує емоційні та когнітивні реакції на стрес. Сюди входять переживання тривоги, депресії, психотравмуючі обставини та загальний рівень напруження. Це підкреслює, що емоційний фон та сприйняття життєвих труднощів є центральним у цьому вимірі. Високі значення, продемонстровані у цьому факторі можуть свідчити про загрозу емоційному благополуччю людини. Другий фактор («копінг-стратегії») відображає здатність особистості долати стрес. Він включає різноманітні підходи до управління стресовими ситуаціями, від активних стратегій до більш пасивних, як втеча чи уникнення. Фактор демонструє варіативність поведінкових реакцій і роль адаптивності в

подоланні складних обставин. Третій фактор («професійне вигорання») фокусується на симптомах виснаження, які пов'язані з професійною діяльністю. Йдеться про емоційне дистанціювання, зниження професійної мотивації та виникнення психосоматичних порушень. Це вказує на значення довготривалого впливу стресових умов праці на фізичне і психічне здоров'я. Взаємозв'язок між факторами вказує на їхню комплексну природу. «Напруження» може виступати тригером, що активізує «копінг-стратегії», які, в свою чергу, впливають на ризик розвитку «професійного вигорання». Неефективність копіngu або його відсутність може посилювати професійне виснаження.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного нами дослідження можемо зробити висновок, що висунута нами гіпотеза «високий рівень стресу, то і високий рівень професійного вигорання у лікарів жіночої і чоловічої статі» підтвердилася емпірично.

1. Теоретичний аналіз проблеми впливу стресу на професійне вигорання лікарів демонструє, що ці явища взаємопов'язані і значно впливають на якість роботи медичних працівників, на їхнє психічне та фізичне здоров'я. Основні аспекти проблеми є високий рівень відповідальності, робота в умовах дефіциту ресурсів, тривалий робочий час, емоційне навантаження через контакт із пацієнтами, що страждають, особливі умови сьогодення (воєнний стан), та ризик помилок. Як результат хронічний стрес призводить до емоційного виснаження, деперсоналізації, та зниження професійної ефективності. На робочому місці часті конфлікти, зниження продуктивності, підвищений ризик помилок, погіршення якості медичної допомоги, а також ризик розвитку депресії чи інших психічних розладів у спеціалістів.

2. Виявлено рівень емоційного вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі. Результати дослідження свідчать про те, що чоловіки більше схильні до накопичення напруження і поступового переходу до фаз резистенції та виснаження. У жінок, попри активізацію захисних механізмів (сформована стадія резистенції), також спостерігається формування виснаження, що нерідко призводить до зниження ефективності їхньої професійної діяльності.

3. Дослідили професійне вигорання лікарів чоловічої і жіночої статі. Дані свідчать про те, що професійне вигорання серед лікарів чоловічої і жіночої статі є значущою проблемою, яка проявляється у високих рівнях деперсоналізації та редукції досягнень при помірному емоційному виснаженні. Незалежно від статі, медичні працівники зазнають серйозного психологічного навантаження, яке поступово впливає на їхню здатність виконувати роботу ефективно.

4. Дослідили копінг-стратегії та встановили особливості взаємозв'язку механізмів психологічного захисту та емоційного вигорання у лікарів чоловічої та жіночої статі. Результати дослідження свідчать, що копінг-стратегії лікарів незалежно від статі мають більше спільного ніж відмінного. Незначна відмінність у виборі копінг-стратегій між лікарями-жінками та чоловіками вказує на те, що професійна діяльність та умови праці в медицині формують схожі способи реагування на стрес. Найбільш вираженими виявилися копінги «самоконтроль», «планування вирішення проблем» з незначною перевагою у чоловіків, «позитивна переоцінка» — переважає у жінок. Для копінгів «пошук соціальної підтримки» та «втеча/уникнення» — у лікарів обох статей схожі показники. Особливості взаємозв'язку механізмів психологічного захисту та емоційного вигорання встановили за допомогою факторного аналізу. Було отримано 3 фактори: «напруження», «копінг-стратегії» та «професійне вигорання». Перший фактор демонструє, що напруження є відправною точкою у розвитку стресових станів. якщо це напруження залишається не вирішеним, воно впливає на використання копінг-стратегій і погіршує професійне самопочуття. Другий фактор показує, що використання ефективних копінг-стратегій може зменшувати негативний вплив напруження на професійне вигорання. Третій фактор вказує на наслідки тривалого напруження та неефективного копінгу, що призводить до психосоматичних розладів і втрати професійної мотивації.

5. Практичні рекомендації щодо попередження та подолання професійного вигорання: регулярний моніторинг рівня емоційного вигорання та забезпечення психологічної допомоги. Для зменшення емоційного виснаження необхідно впроваджувати стратегії управління стресом, такі як навчання технікам релаксації, навчання ефективним копінг-стратегіям.

Перспективи подальших досліджень: нами в вбачаються у дослідженні гендерних аспектів у різних спеціалізаціях та дослідженні ефективності психологічної допомоги, навчання стресостійкості та інших інтервенцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондар О. В., Рибін А. І., Пацков А. О. Емоційне вигорання і питання професійної психологічної підготовки лікарів-онкологів. *Медична освіта*. 2021. № 3. С. 23–30.
2. Динаміка рівня психологічної травматизації медичного персоналу за умов роботи в Харкові під час війни за період 2022–2023 років / О. О. Кирилова та ін. *Український радіологічний та онкологічний журнал*. 2024. Т. 32, № 1. С. 78–90.
3. Любінець Л. А., Шведа Г. П., Качмарська М. О. Ступінь тривожності в середнього медичного персоналу під час воєнного стану в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2023, № 3. С. 80–84.
4. Оцінка впливу війни на психологічний стан лікарів-інтернів Південного регіону України / В. Величко та ін. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2024. № 1. С. 16-22.
5. Реуцький М. В., Біла М. О. Професійне вигорання медичних працівників. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*. 2023. № 14(32). С. 761–771.
6. Рудім Н. С. Специфіка емоційного вигорання медичних працівників в умовах війни. *Психологічні читання: зб. матеріалів ІХ наук.-практ. конф. молод. вчених (м. Харків, 1 груд. 2023 р.): у 2-х т. Т. 1. Харків: ХНУВС, 2023. С. 173–174.*
7. Сайко Ю. М., Спіріна І. Д. Особливості психічного здоров'я медичних працівників під час воєнного стану. *Матеріали ІІІ Всеукраїнської наук.-практ. конф. Дніпро. Дніпро: ВВПЗ ДГУ, 2022. С. 112–115.*

8. Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Слободян Н. О. Професійне вигорання працівників екстреної медичної допомоги (на прикладі Львівської області). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1. С. 29–32

9. Міщенко, М.С. Особливості дослідження синдрому емоційного вигорання за допомогою методики «Діагностика рівня емоційного вигорання» В.В.Бойко [Електронний ресурс] // *Young Scientist*. – Режим доступу: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2015/4/97.pdf> .– 2015. – No 4. – С. 103–105.

10. A National Study Links Nurses' Physical and Mental Health to Medical Errors and Perceived Worksite Wellness / Melnyk B. M. et al. *J Occup Environ Med*. 2018. Vol. 60, № 2. P. 126–131.

11. A qualitative exploration of the National Academy of medicine model of well-being and resilience among healthcare workers during COVID-19 / L. T. Munn et al. *J Adv Nurs*. 2022. Vol. 78, № 8. P. 2561–2574.

12. Adriaenssens J., De Gucht V., Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *Int. J. Nurs. Stud*. 2015. Vol. 52. P. 649–661.

13. Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties / C. Sinsky et al. *Ann Intern Med*. 2016. Vol. 165, № 11. P. 753–760.

14. Analyses of burn-out among medical professionals and suggested solutions — a narrative review / M. Tanios et al. *J Hosp Manag Health Policy*. 2022. Vol. 6. P. 7.

15. Aumayr-Pintar C., Cerf C., Parent-Thirion A. Burnout in the workplace: a review of the data and policy responses in the EU. Eurofound,

2018. 48 p. URL: <https://www.eurofound.europa.eu/en/home> (дата звернення: 17.06.2024).

16. Babineau T., Thomas A., Wu, V. Physician Burnout and Compassion Fatigue: Individual and Institutional Response to an Emerging Crisis. *Curr Treat Options Peds*. 2019. Vol. 5. P. 1–10.

17. Bayram Deger V. Editorial: Anxiety, burnout, and stress among healthcare professionals. *Front Psychol*. 2024. Vol. 14. P. 1348250.

18. Będzik B., Gołąb S. Occupational burnout syndrome in the context of organization management. Scientific papers of Silesian University of Technology. *Organization and management series*. 2022. Vol. 156. P. 35–53.

19. Berg S. WHO adds burnout to ICD-11. What it means for physicians. *American Medical Association, Physician Health*. 2019. URL: <https://www.ama-assn.org/practice-management/physician-health/who-adds-burnout-icd-11-what-it-means-physicians> (дата звернення: 17.06.2024).

20. Biomarkers of Clinician Burnout / A. S. Begin et al. *J Gen Intern Med*. 2022. Vol. 37. № 2. P. 478–479.

21. Burnout phenomenon: neurophysiological factors, clinical features, and aspects of management / R. A. G. Khammissa et al. *J Int Med Res*. 2022. Vol. 50, № 9. P. 3000605221106428.

22. Burnout syndrome in Europe: towards a harmonized approach in occupational health practice and research / I. Guseva Canu et al. *Ind Health*. 2019. Vol. 2. P. 2018–2159.

23. Burnout, Psychological: MeSH Descriptor Data 2023. *National Library of Medicine*. 2023. URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D000077062> (дата звернення: 17.06.2024).

24. COVID-19 impact assessment survey — The second year. *American Nurses Association Enterprise*: веб-сайт. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/disaster-preparedness/coronavirus/what-you-need-to-know/covid-19-impact-assessment-survey—the-second-year/> (дата звернення: 17.06.2024).

25. Edu-Valsania S., Laguia A., Moriano J. A. Burnout: a review of theory and measurement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19, № 3. P. 1780.

26. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States / S. Han et al. *Ann Intern Med*. 2019. Vol. 170, № 11. P. 784–790.

27. Evaluation and Comparison of Relaxation-Related Workplace Interventions Among Office Workers at an Insurance Institution: An Intervention Study / H. Lehmann et al. *Inquiry*. 2024. Vol. 61. P. 469580241242793.

28. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-analysis / D. S. Tawfik et al. *Ann Intern Med*. 2019. Vol. 171, № 8. P. 555–567.

29. Exhaustion disorder: scoping review of research on a recently introduced stress-related diagnosis / E. Lindsäter et al. *BJPsych Open*. 2022. Vol. 8, № 5. P. e159.

30. Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis / A. Y. Zhou et al. *JAMA Netw Open*. 2020. Vol. 3, № 8. P. e2013761.

31. Hair cortisol as a biological marker for burnout symptomatology / M. Penz et al. *Psychoneuroendocrinology*. 2018. Vol 87. P. 218–221.

32. Hebles M., Trincado-Munoz F., Ortega K. Stress and Turnover Intentions Within Healthcare Teams: The Mediating Role of Psychological Safety, and the Moderating Effect of COVID-19 Worry and Supervisor Support. *Front Psychol.* 2022. Vol. 12. P. 758438.

33. Huang P. What's Doctor Burnout Costing America? URL: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2019/05/31/728334635/whats-doctor-burnout-costing-america>_(дата звернення: 17.06.2024).

34. Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis / K. Batra et al. *Int J Environ Res Public Health.* 2020. Vol. 17, № 23. P. 9096.

35. Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study / R. Bianchi et al. *Clin Psychol Sci.* 2021. Vol. 9, № 4, P. 579–597.

36. Jackson-Koku G., Grime P. Emotion regulation and burnout in doctors: a systematic review. *Occup Med (Lond).* 2019. Vol. 69, № 1. P. 9–21.

37. Jonsdottir I. H., Sjörs Dahlman A. MECHANISMS IN ENDOCRINOLOGY: Endocrine and immunological aspects of burnout: a narrative review. *Eur J Endocrinol.* 2019. Vol. 180, № 3. P. R147-R158.

38. Jordan T. R., Khubchandani J., Wiblishauser M. The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation. *Nurs Res Pract.* 2016. Vol. 2016. P. 5843256.

39. Kageyama K., Iwasaki Y., Daimon M. Hypothalamic Regulation of Corticotropin-Releasing Factor under Stress and Stress Resilience. *Int J Mol Sci.* 2021. Vol. 22, № 22. P. 12242.

40. Kane L. Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report. 2019. URL: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-60110562019> (дата звернення: 17.06.2024).

41. Koutsimani P., Montgomery A., Georganta K. The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2019. Vol. 10. P. 284.
42. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare (Basel).* 2016. Vol. 4, № 3. P. 37.
43. Lacy B. E., Chan J. L. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2018. Vol. 16: P. 311–317.
44. Lee H. J., Lee M., Jang S. J. Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic Stress, and Burnout among Nurses Working in Trauma Centers: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021. Vol. 18, № 14. P. 7228.
45. Lee T. K., Moon H. W., Kim J. S. The effects of workers' job stress on organizational commitment and leaving intention in commercial sports centers. *J Exerc Rehabil.* 2022. Vol. 18, № 5. P. 294–298.
46. Leveraging the Work Environment to Minimize the Negative Impact of Nurse Burnout on Patient Outcomes / A. E. Schlak et al. *Int J Environ Res Public Health.* 2021. Vol. 18, № 2. P. 610.
47. Lyubarova R., Salman L., Rittenberg E. Gender Differences in Physician Burnout: Driving Factors and Potential Solutions. *Perm J.* 2023. Vol. 27, № 2. P. 130–136.
48. Marsollier R. G. An analysis on burnout-engagement model in public employees. *Psicogente.* 2018. Vol. 22. P. 272–289.
49. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory. Mountain. 4 ed. View: CPP, 2015. URL: <https://pdfcoffee.com/manual-mbi-maslach-burnout-inventory-pdf-free.html> (дата звернення: 17.06.2024).
50. Maslach C., Jackson S.E. Maslach Burnout Inventory. Manual. Consulting Psychologists Press; Palo Alto, CA, URL:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205> (дата звернення: 17.06.2024)

51. Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15. P. 103–111.

52. Morsiani G., Bagnasco A., Sasso L. How staff nurses perceive the impact of nurse managers' leadership style in terms of job satisfaction: A mixed method study. *J. Nurs. Manag.* 2017. Vol. 25. P. 119–128.

53. Mullen K. Barriers to work-life balance for hospital nurses. *Workplace Health Saf.* 2015. Vol. 63, № 3. P. 96–99.

54. Neill C. L., Hansen C. R., Salois M. The economic cost of burnout in veterinary medicine. *Front Vet Sci.* 2022. Vol. 9. P. 814104.

55. Nicholls M. Cardiologists and the Burnout scenario. *Eur Heart J.* 2019. Vol. 40, № 1. P. 5–6.

56. Noah N., Potas N. Association between nursing work stress, burnout and nosocomial infection rate in a neonatal intensive care unit in Hargeisa, Somaliland. *Trop Doct.* 2022. Vol. 52, № 1. P. 46–52.

57. Odom A., Romain A., Phillips J. Using Photovoice to Explore Family Medicine Residents' Burnout Experiences and Resiliency Strategies. *Fam Med.* 2022. Vol. 54, № 4. P. 277–284.

58. Organizational interventions and occupational burnout: a meta-analysis with focus on exhaustion / I. Bes et al. *Int Arch Occup Environ Health.* 2023. Vol. 96, № 9. P. 1211–1223.

59. Physical AND emotional exhaustion state 58535001 / SNOMED International. *Find-ACode.* 2023. URL: <https://www.findacode.com/snomed/58535001--physical-and-emotional-exhaustion-state.html> (дата звернення: 17.06.2024).

60. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies / D. A. J. Salvagioni et al. *PLoS One*. 2017. Vol. 12, № 10. P. e0185781.

61. Physician stress and burnout: the impact of health information technology / R. L. Gardner et al. *J Am Med Inform Assoc*. 2019. Vol. 26, № 2. P. 106–114.

62. Pines A. M. Wypalenie — w perspektywie egzystencjalnej. *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie* / ed. H. Sęk Warszawa: PWN, 2007. P. 35.

63. Powel A. Work highlights economic cost in lost time, turnover. URL: <https://news.harvard.edu/gazette/story/2019/07/doctor-burnout-costs-health-care-system-4-6-billion-a-year-harvard-study-says/> (дата звернення: 17.06.2024).

64. Predictors of Burnout Among Physicians: Evidence From a National Study in Portugal / A. Marques-Pinto et al. *Front Psychol*. 2021. Vol. 12. P. 699974.

65. Preliminary Report: US Physician Stress During the Early Days of the COVID-19 Pandemic / M. Linzer et al. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2021. Vol. 5, № 1. P. 127–136.

66. Prevalence and associated factors for burnout among attending general surgeons: a national cross-sectional survey / S. U. Celik et al. *BMC Health Serv Res*. 2021. Vol. 21, № 1. P. 39.

67. Psychological problems and burnout among medical professionals of a tertiary care hospital of North India: A cross-sectional study / S. Grover et al. *Indian J Psychiatry*. 2018. . Vol. 60, № 2. P. 175–188.

68. Reith T. P. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*. 2018. Vol. 10. P. e3681.

69. Ryu I. S., Shim J. The Influence of Burnout on Patient Safety Management Activities of Shift Nurses: The Mediating Effect of Compassion Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. 2021. Vol. 18, № 22. P. 12210.

70. Schwenk T. L., Gold K. J. Physician Burnout-A Serious Symptom, But of What?. *JAMA*. 2018. Vol. 320, № 11. P. 1109–1110.

71. Shahi S., Paudel D. R., Bhandari T. R. Burnout among resident doctors: An observational study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022. Vol. 76. P. 103437.

72. Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians / W. B. Schaufeli et al. *J. Occup. Organ. Psychol*. 2011. Vol. 84. P. 248–267.

73. Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review / L. J. Labrague et al. *J. Clin. Nurs*. 2018. Vol. 27. P. 1346–1359.

74. Stressors Among Healthcare Workers: A Summative Content Analysis / L. C. Rink et al. *Glob Qual Nurs Res*. 2023. Vol. 10. P. 23333936231161127.

75. Stress-related exhaustion disorder—clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout / Grossi G. et al. *Scand J Psychol*. 2015. Vol. 56. P. 626–636.

76. System-Level Improvements in Work Environments Lead to Lower Nurse Burnout and Higher Patient Satisfaction / J. M. Brooks Carthon et al. *J Nurs Care Qual*. 2021. Vol. 36, № 1. P. 7–13.

77. Tethered to the EHR: Primary Care Physician Workload Assessment Using EHR Event Log Data and Time-Motion Observations / B. G. Arndt et al. *Ann Fam Med*. 2017. Vol. 15, № 5. P. 419–426.

78. The Influence of Electronic Health Record Use on Physician Burnout: Cross-Sectional Survey / T. Tajirian et al. *J Med Internet Res.* 2020. Vol. 22, № 7. P. e19274.

79. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review / E. Ryan et al. *Front Public Health.* 2023. Vol. 11. P. 1133484.

80. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review / C. S. Dewa et al. *BMJ Open.* 2017. Vol. 7, № 6. P. e015141.

81. Towards a four-dimensional model of burnout: A multigroup factor-analytic study including depersonalization and cynicism / M. Salanova et al. *Educ. Psychol. Meas.* 2005. Vol. 65. P. 807–819.

82. Van Dam A. A clinical perspective on burnout: diagnosis, classification, and treatment of clinical burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology.* 2021. Vol. 30, № 5. P. 732–741.

83. Workplace Stress and Productivity: A Cross-Sectional Study / T. Bui et al. *Kans J Med.* 2021. Vol. 14. P. 42–45.

84. World Health Organization. Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases. 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> (дата звернення: 17.06.2024).

85. World Health Organization. International disease classification ICD-11. 2022. URL: <https://www.who.int/classifications/icd/en/> (дата звернення: 17.06.2024).

86. Yeluru H., Newton H. L., Kapoor R. Physician Burnout Through the Female Lens: A Silent Crisis. *Front Public Health.* 2022. Vol. 10. P. 880061.

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота. Вплив стресу на професійне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі. – Колесник Світлана

В кваліфікаційній роботі розглянуто основні теоретичні підходи щодо дослідження психологічних чинників професійного вигорання лікарів.

В роботі надані результати емпіричного дослідження вивчення впливу стресу на професійне вигорання та дослідження копінг-стратегій лікарів чоловічої та жіночої статі, що працюють в Україні під час воєнного стану і на територіях, наближених до військових дій. Результати проведеного дослідження та їх аналіз зафіксували значне вигорання лікарів чоловічої та жіночої статі, незалежно від статі, а також використання, як конструктивних копінг-стратегій, які орієнтовані на вирішення задач та на планування вирішення проблем, позитивну переоцінку, так і непродуктивних як втеча/уникнення, що може слугувати захисними механізмом від стресу, хоча і не вирішує проблем. Значущої різниці між лікарями-жінками і чоловіками у показниках вигорання як емоційного так і професійного не виявлено.

Ключові слова: професійне вигорання, лікарі чоловічої та жіночої статі, копінг-стратегії, емоційне вигорання.

ANNOTATION

Qualification work. The impact of stress on professional burnout among male and female physicians. – Kolesnyk Svitlana

The qualification work examines the main theoretical approaches to the study of psychological factors influencing professional burnout among physicians.

The paper provides the results of an empirical study on the impact of stress on professional burnout and explores the coping strategies of male and female physicians working in Ukraine during wartime conditions and in areas close to military activities. The results of the study and their analysis documented significant burnout among male and female physicians, regardless of gender. The study also highlighted the use of both constructive coping strategies, aimed at solving tasks and planning solutions to problems, positive reappraisal, as well as unproductive strategies such as avoidance/escape, which may serve as a defensive mechanism against stress but fail to solve problems. No significant differences between male and female physicians were found in the indicators of both emotional and professional burnout.

Keywords: professional burnout, male and female physicians, coping strategies, emotional burnout.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. В. Бойко)

Інструкція. На кожне із запропонованих нижче суджень дайте відповідь «так» чи «ні». Візьміть до уваги: якщо у формулюваннях опитувальника згадуються партнери, то йдеться про суб'єктів Вашої професійної діяльності — пацієнтів, клієнтів, споживачів, замовників, учнів, студентів та інших осіб, з якими Ви щоденно працюєте.

Текст опитувальника

1. Організаційні помилки на роботі постійно змушують нервуватися, напружуватися, хвилюватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії чи профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Теплоота у взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою.
6. Від мене, як від професіонала, мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати колегам того, що потребує професійний обов'язок.
10. Моя робота притупляє емоції.
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.
12. Трапляється, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.

- 14.Робота з людьми приносить мені все менше задоволення.
- 15.Я б змінив місце роботи, якби з'явилась така можливість.
- 16.Мене часто засмучує те, що я не можу на потрібному рівні надати професійну підтримку, послугу, допомогу.
- 17.Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою на ділові контакти.
- 18.Мене дуже засмучує ситуація, коли щось не йде на лад у стосунках з діловим партнером.
- 19.Я так стомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якомога менше.
- 20.Через брак часу, втому та напруження часто приділяю партнеру менше уваги, ніж потрібно.
- 21.Іноді звичні ситуації спілкування на роботі дратують мене.
- 22.Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
- 23.Спілкування з партнерами спонукає мене уникати людей.
- 24.При згадці про деяких партнерів та колег у мене псується настрій.
- 25.Конфлікти та суперечки з колегами віднімають багато сил та емоцій.
- 26.Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
- 27.Обставини на роботі мені здаються дуже складними і важкими.
- 28.В мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має трапитися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все як потрібно, чи не скоротять мене тощо.
- 29.Якщо партнер мені неприємний, то я намагаюся обмежити час спілкування з ним, менше приділяти йому уваги.
- 30.У спілкуванні на роботі я притримуюся принципу «не роби людям добра — не отримаєш зла».
- 31.Я з радістю розповідаю домашнім про свою роботу.
- 32.Трапляються дні, коли мій емоційний стан погано відображається на результатах роботи (менше працюю, знижується якість, виникають конфлікти).
- 33.Іноді я відчуваю, що потрібно поспівчувати партнерові, але не в змозі цього зробити.

34. Я дуже хвилююся за свою роботу.
35. Партнерам по роботі віддаю більше уваги та турботи, ніж отримую від них вдячності.
36. При одній згадці про роботу мені стає погано: починає колоти в області серця, підвищується тиск, виникає головний біль.
37. У мене добрі (в цілому задовільні) стосунки з безпосереднім керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота приносить користь людям.
39. Останнім часом мене переслідують невдачі на роботі.
40. Деякі аспекти (факти) моєї роботи викликають розчарування, нудьгу і зневіру.
41. Трапляються дні, коли контакти з партнерами складаються гірше ніж зазвичай.
42. Я переймаюся проблемами ділових партнерів (суб'єктів діяльності) менше, ніж зазвичай.
43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюся скоротити час спілкування з друзями та знайомими.
44. Зазвичай я виявляю зацікавленість особистістю партнера більше, ніж того вимагає справа.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, в доброму настрої.
46. Іноді я ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без Душі.
47. У справах зустрічаються настільки неприємні люди, що всупереч волі бажаєш їм чогось недоброго.
48. Після спілкування з неприємними партнерами в мене буває погіршення фізичного та психічного самопочуття.
49. На роботі я постійно відчуваю психічне та фізичне перевантаження.
50. Успіхи в роботі надихають мене.
51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною).
52. Я втратив спокій через роботу.
53. Впродовж останнього року траплялися скарги на мене з боку партнерів.

54. Мені вдається зберегти нерви тільки через те, що багато з того, що відбувається з партнерами, я не беру близько до серця.
55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції.
56. Я часто працюю через силу.
57. Раніше я був більш співчутливим та уважним до партнерів, ніж тепер.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не псуй нерви, бережи здоров'я.
59. Іноді я йду на роботу з важким відчуттям: як все набридло, нікого б не бачити й не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю, що занедужав.
61. Контингент партнерів, з якими я працюю, дуже важкий.
62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
63. Якщо б мені поталанило з роботою, я був би набагато щасливішим.
64. Я у відчаї від того, що на роботі в мене серйозні проблеми.
65. Іноді я поведуюся зі своїми партнерами так, як би не хотів, щоб вони вчиняли зі мною.
66. Я засуджую партнерів, що розраховують на особливу поблажливість та увагу.
67. Зазвичай після робочого дня у мене не вистачає сил займатися домашніми справами.
68. Часто я підганяю час: швидше б закінчився робочий день.
69. Стан, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро хвилюють.
70. Працюючи з людьми, я зазвичай ніби ставлю екран, що захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (з партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, я часто вживаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю через певні обставини.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервую з приводу того, що пов'язано з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів би бачити й чути.

78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), нехтуючи власними інтересами.
79. Моя втома на роботі зазвичай мало або взагалі не відображається на спілкуванні з домашніми і друзями.
80. За можливості, я віддаю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви в спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі, я втратив зацікавленість, живе почуття.
83. Робота з людьми погано вплинула на мене як на фахівця — зробила знервованим, злим, притупила емоції.
84. Робота з людьми вочевидь підриває моє здоров'я.

Опитувальник «Психичне вигорання»

(розроблений Н.Є. Водоп'яною та О.С. Старченковою на основі моделі

К.Маслач та С.Джексон)

Інструкція. Вам пропонується 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з роботою. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження і вирішить, чи відчуваєте Ви себе таким чином відносно Вашої роботи. Якщо у Вас не було такого почуття, у бланку відповідей позначте позицію 0 — «ніколи». Якщо у Вас було таке почуття, вкажіть, як часто Ви його відчували. Для цього навпроти питання поставте бал, що відповідає частоті переживань того чи іншого почуття.

0	1	2	3	4	5	6
ніколи	дуже рідко	рідко	іноді	часто	Дуже часто	завжд и

Текст опитувальника

1. Я відчуваю себе емоційно виснаженим.
2. Наприкінці робочого дня я відчуваю себе як вичавлений лимон.
3. Я відчуваю себе втомленим, коли прокидаюсь вранці і мушу йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають мої учні та колеги, та використовую це в інтересах справи.
5. Я спілкуюся з моїми учнями цілком формально, без зайвих емоцій, і намагаюся звести спілкування з ними до мінімуму.
6. Я відчуваю себе енергійним та емоційно піднесеним.
7. Я вмю знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях.
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.
9. Я можу позитивно впливати на продуктивність роботи моїх учнів та колег.

- 10.Останнім часом я став більш черствим (нечутливим) у ставленні до тих, з ким працюю.
- 11.Як правило, оточуючі мене люди багато вимагають від мене та маніпулюють мною. Вони скоріше втомлюють, ніж радують мене.
- 12.У мене багато планів на майбутнє і я вірю в їх здійснення.
- 13.У мене все більше життєвих розчарувань.
- 14.Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене раніше.
- 15.ноді мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими з моїх учнів і колег.
- 16..Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього й усіх.
- 17..Я можу легко створити атмосферу доброзичливості і співпраці при спілкуванні з моїми учнями та колегами.
- 18..Я легко спілкуюсь з людьми незалежно від їх статусу і характеру.
- 19..Я багато встигаю зробити.
- 20..Я відчуваю себе на межі можливостей.
- 21..Я багато чого ще зможу досягти в своєму житті.
- 22.Іноді що учні та колеги перекладають на мене тягар своїх проблем і обов'язків.

Опитувальник «Копінг-тест» (Р. Лазаруса і С. Фолкмана)

Інструкція. Вам пропонується 50 тверджень, що стосуються поведінки у важкій життєвій ситуації. Обведіть в рядку з твердженням той варіант, який найбільш часто проявляються у Вас в поведінці (Ніколи - 0, Рідко -1, Іноді -2, Часто -3).

Текст опитувальника

Опинившись у важкій ситуації, я ...

- ... зосереджувався на тому, що мені потрібно було робити далі,
- на наступному кроці 0 1 2 3
- ... починав щось робити, знаючи, що це все одно не буде
працювати, головне — робити хоч що-небудь 0 1 2 3
- З ... намагався схилити вищестоящих до того, щоб вони змінили
свою думку 0 1 2 3
- ... говорив з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію 0 1 2 3
- ... критикував і картав себе 0 1 2 3
- ... намагався не спалювати за собою мости, залишаючи все як є
0 1 2 3
- ... сподівався на диво 0 1 2 3
- ... миритися з долею: буває, що мені не щастить 0 1 2 3
- ... поводився, як ніби нічого не сталося 0 1 2 3
- ... намагався не показувати своїх почуттів 0 1 2 3
- ... намагався побачити в ситуації щось позитивне 0 1 2 3
- ... спав більше звичайного 0 1 2 3
- ... зривав свою досаду на тих, хто накликав на мене проблеми 0
1 2 3
- ... шукав співчуття і розуміння у кого-небудь 0 1 2 3
- ... відчував потребу виразити себе творчо 0 1 2 3
- ... намагався забути все це 0 1 2 3
- ... звертався за допомогою до фахівців 0 1 2 3
- ... змінювався або ріс як особистість в позитивну сторону 0 1 2
3... вибачався або намагався все загладити 0 1 2 3
- ... становив план дій 0 1 2 3
- ... намагався дати якийсь вихід своїм почуттям 0 1 2 3

... розумів, що сам викликав цю проблему 0 12 3

... набирався досвіду в цій ситуації 0 12 3

... говорив з ким-небудь, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації 0 12 3

... намагався поліпшити своє самопочуття їжею, випивкою, палінням або ліками 0 12 3

... ризикував відчайдушно 0 12 3

... намагався діяти не надто поспішно, довіряючи першому пориву 0 12 3

... знаходив нову віру в щось 0 12 3

... знову відкривав для себе щось важливе 0 12 3

30 ... щось міняв так, що все залагоджувати 0 12 3

... в цілому уникав спілкування з людьми 0 12 3

... не допускав це до себе, намагаючись про це особливо не замислюватися 0 12 3

... питав поради у родича чи друга, якого поважав 0 12 3

... намагався, щоб інші не дізналися, як погано йдуть справи 0 12 3

... відмовлявся сприймати це занадто серйозно 0 12 3

... говорив про те, що я відчуваю 0 12 3

... стояв на своєму і боровся за те, чого хотів 0 12 3

... зганяв це на інших людях 0 12 3

... користувався минулим досвідом — мені доводилося вже потрапляти в такі ситуації 0 12 3

... знав, що треба робити, і подвоював свої зусилля, щоб все налагодити 0 12 3

... відмовлявся вірити, що це дійсно відбулося 0 12 3

... давав обіцянку, що в наступний раз все буде по-іншому 0 12 3

... знаходив пару інших способів вирішення проблеми 0 12 3

... намагався, щоб мої емоції не надто заважали мені в інших справах 0 12 3

... щось міняв в собі 0 12 3

... хотів, щоб все це швидше якось утворилося або скінчилося 0 12 3

... уявляв собі, фантазував, як все це могло б обернутися 0 12 3

48 ... молився 0 12 3

49 ..прокручівал в розумі, що мені сказати або зробити 0 12 3

... думав про те, як би в даній ситуації діяв чоловік, яким я захоплююся, і намагався наслідувати його 0 12 3

Додаток Г

**Результати з опитувальника «Психічне вигорання»
(К.Маслач та С. Джексон в адаптації Н.Є. Водоп'янової та О.С. Старченкової)**

Дата народження	Стать	Професія в медицині	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція досягнень
2.10.1973	Жіноча	Психолог	21	9	30
28.10.1974	Жіноча	Гінеколог	21	9	35
11.07.1957	Жіноча	Терапевт	28	17	26
19.05.1975	Чоловіча	Нейрохірург	19	18	33
18.11.1969	Чоловіча	Отоларинголог	16	7	36
01.04.1974	Чоловіча	Уролог	46	18	25
22.08.1968	Жіноча	Лікар	21	18	27
17.10.1994	Чоловіча	Нейрохірург	14	12	33
21.04.1994	Чоловіча	Лікар-нейрохірург	24	12	32
07.07.1990	Чоловіча	Лікар	27	17	32
08.01.1979	Жіноча	Лікар	16	12	33
26.08.1967	Чоловіча	Лікар	14	13	31
27.09.1975	Жіноча	Лікар	32	17	27
02.12.1978	Чоловіча	Невролог	41	19	18
05.08.1997	Чоловіча	Лікар	30	11	39
21.02.1996	Чоловіча	Лікар	46	21	19
24.10.1966	Жіноча	Невролог	16	8	24
20.12.1969	Жіноча	Лікар	15	8	29
20.02.1985	Чоловіча	Хірург	29	16	20
29.10.1980	Жіноча	Педіатрія	23	4	38
02.08.1992	Чоловіча	Кардіолог	29	12	33

06.11.1942	Чоловіч а	Президент США	11	15	24
13.08.1998	Чоловіч а	Лікар-хірург	39	17	33
23.05.1984	Жіноча	Лікар	33	19	30
15.03.1997	Жіноча	Дерматовенеролог	17	12	29
19.05.1980	Жіноча	Фельдшер	8	8	39
xx.xx.1972	Чоловіч а	Хірург	20	10	38
19.06.1976	Чоловіч а	Анестезіологія	37	19	35
xx.xx.1983	Жіноча	Сестра медична	28	17	27
05.06.1984	Жіноча	Медична сестра	25	19	28
08.03.1979	Чоловіч а	Лікар кардіолог	7	11	33
01 12 1962	Жіноча	Неврологія	36	22	20
19.07.1991	Чоловіч а	Лікар хірург	39	13	29
07.07.1983	Жіноча	Анестезіологія	16	13	31
xx.xx.1990	Жіноча	Хірургія	41	17	27
02.10.1980 р	Жіноча	Лікар	35	16	27
04.12.1969	Жіноча	Лікар	27	19	34
27,07,1981	Чоловіч а	Травматолог	7	6	30
19.04.76	Чоловіч а	Терапевт	8	15	35
19.12.1998	Жіноча	Лікар-невропатолог	8	6	37
13.04.1992	Жіноча	Лікар з мнс	16	10	28
26.07.1999	Жіноча	Терапевт	21	14	32
19.11.1997	Чоловіч а	Ортопед-травматолог	2	7	40
29.12.1995	Жіноча	Лікар з медицини невідкладних станів	25	13	33
24.07.1963	Чоловіч а	Лікар кардіолог	9	12	27
02.02.1989	Чоловіч а	Кардіолог	16	11	34
xx.xx.1976	Чоловіч а	Анестезіолог	29	12	27

30.05.1978	Жіноча	Педіатрія	21	9	28
05.10.1974	Жіноча	Лікар	26	15	29
xx.xx.1971	Чоловіч а	Анестезіолог	24	15	23

**Результати з методики «Діагностика рівня емоційного
вигорання» (В.В. Бойко)**

Дата народження	Стать	Професія в медицині	Переж	Незадовол собою	Загнаність кут	Тривога депресія	Неадекв емоц	Емоц морал	Розшир економ	Редукція проф об	Емоц дефіцит	Емоц відчуж	Деперсоналізація	Психосомат	Фаза напруження	Фаза резистенція	Фаза виснаження
				7	5	2	3	2	2	2	1	1	1	2	1	27	94
2.10.1973	Ж	Психолог	7	5	2	3	5	7	7	5	5	8	0	1	27	94	64
28.10.1974	Ж	Гінеколог	9	8	6	6	5	7	2	0	5	8	5	0	39	74	28
11.07.1957	Ж	Терапевт	9	1	8	8	5	4	8	7	2	3	8	3	46	74	56
19.05.1975	ч	Нейрохірург	9	5	7	3	2	4	5	5	0	5	8	5	34	56	38
18.11.1969	ч	Отоларинголог	2	5	2	0	7	7	4	5	7	5	8	9	49	53	39
01.04.1974	ч	Уролог	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	10	11	11
22.08.1968	Ж	Лікар	2	0	0	0	0	5	8	0	0	5	3	6	2	3	4
17.10.1994	ч	Нейрохірург	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	43	58	40
21.04.1994	ч	Лікар-хірург	9	5	1	0	7	5	4	2	1	1	2	6	25	58	46
07.07.1990	ч	Лікар	1	3	1	8	2	0	0	4	3	2	3	3	26	36	31
08.01.1979	Ж	Лікар	8	0	0	0	5	1	7	7	0	0	5	6	8	60	51
26.08.1967	ч	Лікар	1	2	8	7	0	2	7	5	5	8	8	4	44	44	35
27.09.1975	Ж	Лікар	2	5	0	0	2	7	7	2	0	0	0	3	17	58	23
02.12.1978	ч	Невролог	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	3	1	90	94	87
05.08.1997	ч	Лікар	1	1	1	1	1	7	7	2	1	1	1	3	52	62	49
21.02.1996	ч	Лікар	2	1	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	10	11	11
24.10.1966	Ж	Невролог	1	6	7	1	3	4	3	2	0	3	0	0	36	42	13
20.12.1969	Ж	Лікар	2	7	6	7	8	8	0	5	2	3	5	9	40	91	49
20.02.1985	ч	Хірург	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	78	85	40
29.10.1980	Ж	Педіатрія	1	8	0	5	5	7	0	6	5	1	0	1	40	38	47
02.08.1992	ч	Кардіолог	2	8	5	3	5	9	9	5	2	7	8	8	18	78	35
06.11.1942	ч	Президент	1	5	0	0	0	5	8	7	7	8	5	4	32	60	44

13.08.1998	ч	Лікар-хірург	17	12	19	30	17	19	30	28	10	18	28	13	78	94	69
23.05.1984	ж	Лікар	4	11	11	13	88	44	55	88	88	50	00	39	75	43	
15.03.1997	ж	Дерматовенер	7	00	07	15	17	77	72	77	33	56	624	41	31		
19.05.1980	ж	Фельдшер	14	13	52	20	21	22	22	33	55	03	334	25	21		
хх.хх.1972	ч	Хірург	17	33	28	88	83	77	55	55	50	33	30	63	23		
19.06.1976	ч	Анестезіологі	17	55	27	22	44	55	55	55	58	66	31	56	74		
хх.хх.1983	ж	Сестра чна	17	10	11	18	27	27	55	50	10	10	956	84	49		
05.06.1984	ж	Медична ра	15	88	81	20	55	00	55	55	15	25	42	50	62		
08.03.1979	ч	Лікар іолог	5	00	06	44	22	44	00	77	33	03	11	10	13		
01.12.1962	ж	Неврологія	22	70	08	22	22	58	85	55	55	77	57	87	72		
19.07.1991	ч	Лікар хірург	17	23	50	37	15	14	33	77	33	33	75	49	26		
07.07.1983	ж	Анестезіологі	10	33	18	58	18	80	55	07	33	332	38	33			
хх.хх.1990	ж	Хірургія	12	28	38	28	98	81	25	27	28	88	81	76	88		
02.10.1980р	ж	Лікар	14	11	18	22	55	06	33	10	33	954	73	45			
04.12.1969	ж	Лікар	19	55	10	00	77	53	25	35	38	35	75	71			
27.07.1981	ч	Травматолог	4	33	13	00	22	57	10	17	30	11	44	40			
19.04.76	ч	Терапевт	7	88	15	77	88	29	55	10	53	21	46	33			
19.12.1998	ж	Лікар- опатолог	15	00	10	55	95	55	55	55	60	16	34	26			
13.04.1992	ж	Лікар з мнс	7	88	02	25	44	87	33	55	16	27	84	55			
26.07.1999	ж	Терапевт	7	33	05	55	77	75	99	00	00	25	64	29			
19.11.1997	ч	Ортопед- матолог	5	00	08	00	02	00	03	00	00	13	2	3			
29.12.1995	ж	Лікар з цини кладних станів	4	13	13	28	10	88	55	55	36	41	51	49			
24.07.1963	ч	Лікар іолог	10	00	00	00	66	20	53	30	310	18	11				
02.02.1989	ч	Кардіолог	8	33	13	22	99	94	33	50	00	15	64	18			
хх.хх.1976	ч	Анестезіолог	14	88	13	27	55	03	33	53	11	46	45	52			
30.05.1978	ж	Педіатрія	2	33	01	20	77	57	22	50	816	49	35				
05.10.1974	ж	Лікар	4	88	08	20	77	32	93	35	820	72	45				
хх.хх.1971	ч	Анестезіолог	15	88	10	18	88	85	20	17	39	44	69	49			

Результати з методики «Копінг-тест» (Р.Лазаруса і С.Фолкмана)

Дата народження	Професія в медицині	Стать	Конфронтаційний	Дистанціювання	Самоконтроль	Пошук соц	Прийняття	Втеча уникнення	Плануван виріш пробл	Позитивна переоцінка
2.10.1973	Психолог	Ж	6	13	13	9	9	10	9	13
28.10.1974	Гінеколог	Ж	7	8	13	10	6	9	15	12
11.07.1957	Терапевт	Ж	7	11	14	8	4	12	11	7
19.05.1975	Нейрохірург	Ч	12	12	17	10	8	17	17	18
18.11.1969	Отоларинголог	Ч	11	5	10	14	8	10	18	13
01.04.1974	Уролог	Ч	11	11	14	9	9	11	8	6
22.08.1968	Лікар	Ж	9	8	15	15	9	8	15	12
17.10.1994	Нейрохірург	Ч	12	12	12	11	6	17	13	12
21.04.1994	Лікар-нейрохірург	Ч	9	3	11	15	9	13	14	11
07.07.1990	Лікар	Ч	8	12	18	7	8	9	11	14
08.01.1979	Лікар	Ж	9	10	13	12	6	14	13	14
26.08.1967	Лікар	Ч	8	11	12	12	7	13	12	12
27.09.1975	Лікар	Ж	7	8	10	12	4	10	13	9
02.12.1978	Невролог	Ч	5	10	13	11	8	21	9	9
05.08.1997	Лікар	Ч	5	4	7	5	5	6	11	11
21.02.1996	Лікар	Ч	10	16	16	13	6	19	4	4
24.10.1966	Невролог	Ж	12	6	10	13	3	10	8	13
20.12.1969	Лікар	Ж	6	10	12	12	8	10	13	19
20.02.1985	Хірург	Ч	9	9	10	13	6	10	12	13
29.10.1980	Педіатрія	Ж	6	11	11	11	5	12	12	13
02.08.1992	Кардіолог	Ч	11	6	9	13	7	7	16	15
06.11.1942	Президент США	Ч	9	5	10	6	4	11	12	13
13.08.1998	Лікар-хірург	Ч	15	14	20	15	12	24	17	21
23.05.1984	Лікар	Ж	4	9	11	9	7	10	12	15
15.03.1997	Дерматовенеролог	Ж	6	7	10	8	7	11	10	12
19.05.1980	Фельдшер	Ж	0	0	0	0	0	0	0	0
xx.xx.1972	Хірург	Ч	10	7	13	12	6	9	14	16
19.06.1976	Анестезіологія	Ч	10	8	16	14	6	11	16	14
xx.xx.1983	Сестра медична	Ж	12	10	13	9	8	16	12	14
05.06.1984	Медична сестра	Ж	11	11	12	11	6	12	13	15
08.03.1979	Лікар кардіолог	Ч	6	8	17	10	7	9	13	11
01.12.1962	Неврологія	Ж	11	12	18	12	9	17	13	16
19.07.1991	Лікар хірург	Ч	8	10	9	12	8	12	10	7
07.07.1983	Анестезіологія	Ж	5	14	15	13	5	7	16	14
xx.xx.1990	Хірургія	Ж	9	11	12	8	6	14	11	11
02.10.1980р	Лікар	Ж	8	7	13	14	4	7	11	8
04.12.1969	Лікар	Ж	9	5	16	11	6	8	11	12

27.07.1981	Травматолог	Ч	9	8	11	8	7	7	10	9
19.04.76	Терапевт	Ч	11	12	12	16	6	13	13	15
19.12.1998	Лікар-невропатолог	Ж	9	7	9	12	3	7	10	13
13.04.1992	Лікар з мнс	Ж	7	8	9	9	6	12	10	11
26.07.1999	Терапевт	Ж	6	6	11	11	5	11	12	10
19.11.1997	Ортопед-травматолог	Ч	2	1	12	10	6	2	17	14
29.12.1995	Лікар з медицини невідкладних станів	Ж	15	10	17	14	9	21	16	14
24.07.1963	Лікар кардіолог	Ч	8	11	15	7	7	9	15	13
02.02.1989	Кардіолог	Ч	8	8	13	11	6	7	13	17
хх.хх.1976	Анестезіолог	Ч	6	2	7	5	3	6	11	5
30.05.1978	Педіатрія	Ж	9	7	12	8	6	9	12	12
05.10.1974	Лікар	Ж	9	7	13	9	9	9	14	15
хх.хх.1971	Анестезіолог	Ч	7	15	11	6	5	8	7	7

Результати факторного аналізу

Шкала	Компонент					
	1	2	3	4	5	6
Емоційне виснаження	,652					
Деперсоналізація			,538			
Редукція досягнень					- ,570	
Переживання психотравмуючих обставин	,499					
Незадоволеність собою	,770					
Загнаність у кут	,601					
Тривога і депресія	,880					
Неадекватне емоційне реагування						,666
Емоційно-моральна дезорієнтація						,642
Розширення сфери економії емоцій			,701			
Редукція професійних обов'язків			,830			
Емоційний дефіцит				,866		
Емоційне відчуження			,504			
Деперсоналізація				,564		
Психосоматичні порушення			,537			
Фаза напруження	,867					
Фаза резистенції			,739			
Фаза виснаження				,694		
Конфронтаційний		,730				
Дистанціювання					,754	
Самоконтроль		,706				

Пошук соціальної підтримки		,742				
Прийняття відповідальності		,747				
Втеча/уникнення		,586				
Планування вирішення проблеми		,801				
Позитивна переоцінка		,756				