

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

(повне найменування вищого навчального закладу)

Факультет психології та соціальної роботи

(повне найменування інституту/факультету)

Кафедра практичної та клінічної психології

(повна назва кафедри)

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

«Синдром емоційного вигорання та професійний стрес у медичних працівників неврологічного профілю»

«The Syndrome of Emotional Burnout and Professional Stress among Medical Workers in the Field of Neurology»

Виконала: здобувачка денної форми навчання

спеціальності 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

Прохоренко Валерія Андріївна

Керівник канд. психол. наук, доц. Кирилішина М.Г.

Рецензент к.психол.н., професор кафедри диференціальної спеціальної психології Кременчуцька М.К.

Рекомендовано до захисту:

Захищено на засіданні ЕК

Протокол засідання кафедри

протокол № __ від _____ 202_ р.

№ __ від _____ 202_ р.

Оцінка _____ / _____ / _____

(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)

Завідувачка кафедри практичної та клінічної психології,

к. псих. н., доцент Кантарьова Н.В.

Голова ЕК

(підпис)

(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ.....	6
1.1. Синдром емоційного вигорання: теоретичні аспекти.....	6
1.2. Професійний стрес: сутність і прояви.....	14
1.3. Особливості вигорання та стресу у медичних працівників неврологічної галузі.....	19
Висновки до I розділу.....	25
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	27
2.1. Опис вибірки та методологія дослідження.....	27
2.2. Аналіз та обробка результатів дослідження.....	31
2.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між стресом, емоційним вигоранням та віковими особливостями	41
2.4. Рекомендації щодо профілактики вигорання та зменшення стресу.....	45
Висновки до II розділу.....	52
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	57

ВСТУП

Синдром емоційного вигорання є важливою проблемою сучасного суспільства, яка привертає увагу вчених упродовж десятиліть. Його дослідження почалося в середині ХХ століття, коли науковці почали звертати увагу на професійне виснаження серед працівників, особливо у сферах, що пов'язані з допомогою людям.

Для України останні роки стали серйозним випробуванням: війна, масова міграція, пандемія COVID-19 та економічні труднощі суттєво вплинули на систему охорони здоров'я. Медична професія вимагає від фахівців не лише високої професійної підготовки, а й стійкості до стресу, розвинених морально-етичних якостей і здатності працювати в екстремальних умовах. Лікарі та медичний персонал несуть величезну відповідальність за життя пацієнтів, тому щоденно стикаються з психологічним та емоційним навантаженням. Особливо це стосується неврології, адже через війну кількість пацієнтів із стресовими розладами, посттравматичним синдромом та іншими неврологічними порушеннями значно зросла.

Проте виклики, з якими медики зіткнулися під час пандемії та надання допомоги постраждалим від військових дій, виявилися надзвичайно виснажливими навіть для досвідчених спеціалістів. Це призвело до поширення такого явища, як емоційне вигорання. Низький рівень соціального захисту, професійне виснаження та трудова міграція значно вплинули на кадрову ситуацію в медицині.

Актуальність теми. Емоційне вигорання не лише негативно позначається на психологічному стані медичних працівників, а й знижує якість їхньої професійної діяльності, що може вплинути на ефективність лікування пацієнтів. Відсутність належної підтримки та профілактичних заходів щодо подолання цього явища призводить до підвищення рівня професійної незадоволеності, зменшення мотивації до роботи, кадрового дефіциту та зниження рівня медичного обслуговування. Таким чином, дослідження

емоційного вигорання та професійного стресу у медичного персоналу цього профілю є надзвичайно важливим для збереження якості медичної допомоги та психічного здоров'я фахівців в такі важкі часи.

Мета дослідження. Мета нашого дослідження полягає у проведенні комплексного теоретичного та емпіричного аналізу емоційного вигорання та професійного стресу у медичних працівників неврологічного профілю та розробці рекомендацій щодо їх профілактики та подолання.

Завдання дослідження:

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання:

1. Провести аналіз наукової літератури щодо емоційного вигорання та професійного стресу у медичних працівників неврологічного профілю.
2. Визначити основні чинники, що сприяють розвитку емоційного вигорання та стресу у медичних працівників неврологічного профілю.
3. Дослідити рівень емоційного вигорання та професійного стресу серед медичних працівників, які працюють у сфері неврології, за допомогою емпіричних методів.
4. Виявити взаємозв'язок між емоційним вигоранням, професійним стресом та віком медичних працівників.
5. Розробити рекомендації щодо профілактики та подолання емоційного вигорання та професійного стресу у медичних працівників.

Об'єкт дослідження: емоційне вигорання та професійний стрес як психологічні явища, що проявляються у професійній діяльності медичних працівників.

Предмет дослідження: психологічні особливості прояву, структури та взаємозв'язку емоційного вигорання та професійного стресу у медичних працівників неврологічного профілю.

Методи дослідження. Для розв'язання поставленої мети і завдань застосовувався комплекс теоретичних та емпіричних методів дослідження, зокрема аналіз наукової літератури, психодіагностичні методики та методи математичної статистики.

Організація і база проведення емпіричної роботи. У дослідженні взяли участь 30 жінок, з них 26 медичних сестер та 4 лікарі віком від 19 до 65 років. Дослідження проводилось на базі Криворізької міської клінічної лікарні №2 в неврологічному відділенні. Участь у дослідженні була добровільною.

Практичне значення роботи. Результати дослідження можуть бути використані для виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання і професійного стресу серед медичних працівників неврологічного профілю. Запропоновані висновки та рекомендації можуть стати основою для розробки програм психологічної підтримки, тренінгів зі стресостійкості, а також для вдосконалення умов праці в медичних закладах. Отримані дані можуть бути використані керівниками медичних установ, практичними психологами та фахівцями з охорони праці.

Апробація роботи. За темою роботи написано тези «Синдром емоційного вигорання медичних працівників», які представлено у Науково - методичному альманаху, присвяченому 160-річному ювілею Одеського національного університету імені І. І. Мечникова "Ідеї. Практики. Перспективи сучасної освіти", Ч. 2 Одеса 2025 с. 162 Альманах 2025_ Частина 2.

Структура роботи. Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаної літератури. Основний зміст викладено на 56 сторінках друкованого тексту. Кваліфікаційна робота містить 5 таблиць та 7 рисунків. Список використаних джерел нараховує 42 найменування.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ

1.1. Синдром емоційного вигорання: теоретичні аспекти

Наше сучасне життя стає насиченим, оскільки, щоб досягти успіху, ми маємо бути багатофункціональними та поєднувати різні щоденні обов'язки, будь то робота, допомога іншим або турбота про сім'ю. Іноді ми надто зайняті й забуваємо потурбуватись про себе, зробити крок назад і відпочити. Саме тоді може виникнути вигорання.

Синдром емоційного вигорання вперше описав Герберт Фройденбергер (1974), вказавши на виснаження, невмотивованість та зниження ефективності у працівників допоміжних професій. Подальший внесок зробили Крістіна Маслач і Сьюзен Джексон (1981), які розробили Maslach Burnout Inventory (MBI) та виокремили три основні складові вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження особистих досягнень [30]. У 1984 році Річард Лазарус і Сьюзен Фолкман пов'язали вигорання зі стресом і механізмами подолання, а Майкл Лейтер і Вільмар Шауфелі дослідили вплив робочого середовища на розвиток цього синдрому.

Вигорання - це стан емоційного, фізичного та психічного виснаження, що виникає через надмірний і тривалий стрес. Це відбувається, коли людина відчуває себе перевантаженою, емоційно виснаженою та неспроможною задовольняти постійні вимоги. Коли стрес продовжується, ми починаємо втрачати інтерес і мотивацію, які спонукали нас взяти на себе певну роль. У багатьох випадках вигорання пов'язане з роботою. Вигорання погіршує як особисте, так і соціальне функціонування. Таке зниження якості роботи, а також фізичного та психологічного здоров'я може дорого обійтись не лише для окремого працівника, а й для всіх, на кого ця людина впливає [31].

Багато науковців розглядають емоційне вигорання як процес, що має кілька етапів. Одним із таких дослідників є Герберт Фройденбергер, який

запропонував модель, що включає 12 стадій емоційного вигорання [22]. В.В. Бойко виокремлює три основні стадії вигорання:

Стадія напруження – на цьому етапі індивід починає відчувати фізичне і емоційне виснаження через високі навантаження, але ще зберігає мотивацію та бажання працювати.

Стадія опору – під час цієї стадії людина намагається адаптуватися до стресових умов, однак з'являються негативні емоції, такі як цинізм і байдужість до роботи.

Стадія виснаження – на фінальній стадії людина відчуває повне емоційне та фізичне виснаження, втрачає інтерес до професії, а її ефективність значно знижується.

Більшість сучасних класифікацій описують 5 таких стадій:

1. Захоплення (запалення) своєю роботою
2. Посилення стресу
3. Хронічний стрес
4. Виснаження
5. Хронічне вигорання

Є важливим розглянути, як виглядає життя людини на кожному етапі [13]:

Етап 1: Ентузіазм і захоплення діяльністю.

Коли новий проєкт або завдання виникає, це викликає хвилю енергії і захоплення. Людина прагне випробувати себе і продемонструвати свої найкращі якості. Цей етап характеризується: підвищеною відповідальністю, високим рівнем енергії, оптимістичним настроєм, бажанням проявити себе, творчістю і ініціативністю, високою продуктивністю. Основною рисою цього етапу є прагнення до самоствердження.

Відчуття, що для самоствердження необхідно все виконувати особисто, стає дедалі сильнішим. Делегування завдань сприймається як непотрібне, марна трата часу, а інколи навіть як щось недоречне, адже це може поставити під сумнів власну незамінність.

Етап 2: Підвищення стресу

З'являється усвідомлення, що деякі дні є значно складнішими за інші. Завдань стає занадто багато, щоб їх можна було легко виконати. Внутрішні вимоги до себе зростають, бажання відповідати очікуванням збільшується. Оптимізм зменшується, енергія знижується, і стрес поступово зростає. Цей етап характеризується: підвищеним тиском, неможливістю зосередитись, дратівливістю, невдоволенням роботою, проблемами зі сном, зменшенням соціальних контактів, зниженням продуктивності, прискореним серцебиттям, тривожністю, униканням прийняття рішень

На цьому етапі спостерігаються такі тенденції:

Ігнорування власних потреб: бажання спокою, розслаблення та приємних соціальних взаємодій відходять на другий план. Відсутність цих потреб стає дедалі більш помітною. Також часто знижується сексуальний потяг. Водночас спостерігається збільшення споживання алкоголю, нікотину, кави та снодійних засобів.

Переоцінка цінностей: особисті бажання і цінності стають менш виразними. Пріоритети зміщуються, соціальні контакти починають сприйматися як тягар, а важливі життєві цілі можуть знецінюватися чи переоцінюватися.

Етап 3: Хронічний стрес

Це явна зміна рівня стресу, що проявляється в зниженні мотивації та частих переживаннях стресових ситуацій. Цей етап характеризується: відсутністю інтересів, невизначеністю цілей та постійними затримками в виконанні завдань, втому з самого ранку, запізненнями на зустрічі, апатією, хронічним

виснаженням, цинізмом. На цьому етапі відзначається посилене заперечення проблем, майже повне відчуження від оточення, яке сприймається як незначне чи недоцільне. Розвивається цинізм, агресивне ставлення, нетерпимість та нетолерантність. Колеги чи пацієнти здаються злими, нерозумними, вимогливими, безвідповідальними, а кожен контакт сприймається як тягар. Кожна нова зустріч з пацієнтом сприймається як випробування.

Етап 4: Вигорання

Симптоми досягають критичної точки, і продовжувати жити в звичному ритмі стає неможливо. Цей етап характеризується: відчуттям порожнечі, одержимістю проблемами на роботі чи в особистому житті, песимістичним ставленням до роботи та життя загалом, невпевненістю в собі та соціальною ізоляцією, змінами у поведінці, бажанням «випасти» з суспільства.

На цьому етапі можна спостерігати зміни в поведінці, коли відчуження зростає настільки, що будь-яка увага чи підтримка від оточення сприймається як агресія, що може спричинити параноїдальні реакції. Відзначається втрата почуття власної особистості: людина відчуває, що вона перестала бути самою собою, і діє лише автоматично, постійно переживаючи внутрішню порожнечу.

Етап 5: Хронічне вигорання

Вигорання стає постійною частиною життя, відображаючи себе в поведінці, мисленні та комунікації. Цей етап характеризується: хронічним сумом, депресією, постійною психічною втомою, хронічною фізичною втомою.

З'являється відчуття внутрішнього замерзання, немов людина приречена. Болісні відчуття змінюються відчуттям відмерлості, коли все стає байдужим і позбавленим сенсу.

Основні чинники, що спричиняють вигорання:

Нереалістичні часові рамки. Працівники, які мають достатньо часу для виконання своїх обов'язків, на 70% рідше стикаються з вигоранням. Однак ті,

хто не може змінити графік роботи (наприклад, пожежники чи парамедики), мають значно вищий ризик емоційного виснаження.

Недостатня комунікація та підтримка керівництва. Наявність підтримки з боку керівника відіграє роль психологічного буфера від стресу. Співробітники, які відчують, що їхній керівник їх підтримує, у 70% випадків рідше стикаються з вигоранням.

Нечітко визначені посадові обов'язки. Лише 60% працівників мають чітке розуміння своїх завдань. Якщо вимоги до роботи постійно змінюються, це може призводити до виснаження, оскільки люди витрачають багато енергії на з'ясування своїх обов'язків.

Надмірне робоче навантаження. Коли обсяг роботи перевищує можливості працівника (що особливо актуально для медиків), навіть найбільш стійкі та мотивовані люди можуть почати відчувати безсилля. Перевантаження швидко провокує симптоми вигорання.

Несправедливе ставлення. Працівники, які вважають, що з ними поведуться упереджено або нечесно, у 2,3 рази частіше стикаються з вигоранням.

Попри те, що головним джерелом стресу зазвичай є робота, інші аспекти життя також можуть його посилювати. Наприклад, такі особистісні риси, як перфекціонізм, невротизм і схильність до песимізму, значно підвищують рівень напруження та сприяють розвитку вигорання [39].

Кілька ключових тем, які лежать в основі практично всіх описів досвіду вигорання, підкреслюють вплив робочого середовища на вигорання. Однією з цих тем є дисбаланс. Вимоги до роботи високі, але джерела для задоволення вимог на роботі є обмеженими. Більше того, ці вимоги або стресори мають хронічний характер; на відміну від гострих криз, вони існують на постійній основі. Ще одна важлива тема – це конфлікт: чи то між клієнтами, колегами або менеджерами, чи між вимогами ролі, чи між важливими цінностями. Ці

теми формують картину робочого середовища, яке характеризується постійною емоційною напругою та нереалістичними очікуваннями.

Надмірна кількість роботи в поєднанні з великою кількістю конфліктів є виснажливою. Люди дистанціюються від особистої участі в роботі, щоб впоратися зі стресом. Відсутність залученості до важливих рішень і обмежений контроль над роботою викликають почуття неефективності. Такі умови праці не є рідкістю у сфері соціальних послуг, тому не дивно, що більшість дискусій щодо вигорання зосереджені саме на цих професіях. Проте, оскільки інші професії також орієнтуються на високу взаємодію з клієнтами, явище вигорання дедалі частіше трапляється й у цих сферах [32].

Крім того, існує важливий культурний контекст для вигорання. Причиною стресу в багатьох із цих професій є різноманітні соціальні, політичні та економічні фактори, які формують робоче середовище. Наприклад, скорочення фінансування державних програм для соціальних служб призвело до зменшення кількості працівників, що, у свою чергу, змусило решту співробітників працювати більше, щоб впоратися з навантаженням. Зміни у політиці громадського життя також визначають, що вважається стандартом роботи. Працівники публічного сектора часто стикаються з очікуванням, що вони забезпечуватимуть більше послуг за менші ресурси. Очікується, що медичні працівники досягнуть нереалістичних цілей не лише лікувати та доглядати за пацієнтами, а і витримувати великий психологічний тиск від пацієнтів та їх родичів.

Незважаючи на популярне використання терміну, вигорання спочатку було дуже слизьким поняттям — не було стандартного визначення цього поняття, хоча існувала велика різноманітність думок щодо того, що це таке та що з цим можна зробити. Різні люди використовували цей термін у значенні дуже різних речей, і тому не завжди була основа для конструктивної комунікації щодо проблеми та її вирішення [27]. Однак фактично існував консенсус щодо

трьох основних вимірів досвіду вигорання, і подальші дослідження цього питання призвели до розробки багатовимірної моделі вигорання [30].

Згідно з цією моделлю, вигорання є типом тривалої реакції на хронічні емоційні та міжособистісні стресори на роботі. Це індивідуальний стресовий досвід, вбудований у контекст складних соціальних відносин, і він включає уявлення людини як про себе, так і про інших. Більш конкретно, вигорання визначається як психологічний синдром емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистих досягнень.

Емоційне виснаження означає відчуття емоційної перенапруженості та виснаження емоційних ресурсів. Основними джерелами такого виснаження є перевантаження роботою та особисті конфлікти на роботі. Люди почуваються виснаженими, не маючи джерела поповнення. Їм не вистачає енергії, щоб зустріти ще один день або іншу нужденну людину. Компонент емоційного виснаження представляє основний стресовий аспект вигорання.

Деперсоналізація є реакцією на інших людей, яка проявляється в негативному, бездушному або занадто відстороненому ставленні, часто супроводжується втратою ідеалізму. Цей стан зазвичай розвивається через сильне емоційне виснаження і спочатку виступає як захисна реакція — емоційний бар'єр, що дозволяє дистанціюватися від емоцій. Проте є ризик, що відстороненість може перерости в дегуманізацію.

Компонент деперсоналізації є складовою міжособистісної частини вигорання. Зниження особистих досягнень вказує на втрату відчуття компетентності та ефективності на роботі. Це відчуття зниження ефективності пов'язане з депресією та труднощами в подоланні робочих вимог, і може посилюватися відсутністю підтримки або можливостей для розвитку. Працівники можуть почуватися все більш некомпетентними у своїй здатності допомагати клієнтам, що призводить до самокритики та відчуття невдачі [29].

Кілька десятиліть тому К. Маслач виокремила важливу ідею: «Вигорання — це плата за співчуття». Це призвело до поради не втручатися у чужі проблеми, не поглинати себе іншими людьми, більше звертати увагу на свій внутрішній світ, не ставати рабом своїх обов'язків, уникати монотонності та не шукати в роботі втечі від власних труднощів. І, звісно, не забувати про важливість хорошого сну.

Маслач підкреслює, що вигорання не означає втрату творчого потенціалу або реакцію на нудьгу; це скоріше емоційне виснаження, яке виникає через стрес, пов'язаний з міжособистісним спілкуванням.

За визначенням Maslach і Jackson (1981), синдром вигорання включає: емоційне спустошення, байдужість, негативне ставлення до себе, незадоволеність своєю роботою, недооцінку досягнень, проблеми у взаємостосунках з колегами і родиною, погіршення якості життя, а також шкоду фізичному і психічному здоров'ю [26].

Деякі дослідники пропонують доповнити трьохфакторну модель Маслач четвертим чинником — «Involvement» (залученість), який включає головні болі, порушення сну, дратівливість, а також наявність хімічних залежностей, таких як алкоголізм і куріння.

Таким чином, теоретико-методологічний аналіз дозволяє стверджувати, що більшість науковців розглядають синдром емоційного вигорання як динамічний процес, який розвивається в часі і має певні фази чи стадії. Маслач виділила вигорання як процес емоційного виснаження, що виникає через тривалий стрес у міжособистісному спілкуванні, особливо в професійному середовищі. Вона підкреслює, що цей синдром включає три основні компоненти: емоційне виснаження, цинізм та зниження професійної ефективності. Людина, що переживає вигорання, втрачає здатність справлятися зі стресом, що негативно впливає на її психічне та фізичне здоров'я, а також на взаємовідносини з іншими людьми.

1.2. Професійний стрес: сутність і прояви

Практично кожна людина стикається зі стресом у своєму житті. У сучасному світі стрес став одним із найпоширеніших явищ, оскільки йому піддаються люди різного віку та професій незалежно від місця проживання, соціального статусу чи рівня культури. Професійна діяльність сьогодні характеризується високим рівнем напруженості. Швидкі зміни в економіці, соціально-політичній ситуації країни та на ринку праці позбавляють людей можливості повністю контролювати свою роботу. Постійна невизначеність провокує значне психоемоційне напруження, яке призводить до розвитку стресових станів.

Стрес — це фізична та емоційна реакція організму на ситуації, коли робочі обов'язки не відповідають можливостям, ресурсам або потребам працівника [6]. Процес розвитку стресу включає три основні стадії:

Тривога — це початкова стадія, яка виникає у відповідь на стресор. Поява подразника викликає фізіологічні зміни: прискорене дихання, підвищення тиску та пульсу. Психологічно людина починає зосереджувати увагу на подразнику, проявляється бажання взяти під контроль ситуацію. Це допомагає мобілізувати захисні сили організму і механізми саморегуляції для боротьби зі стресом. Якщо ці ресурси достатні, стрес можна подолати на цій стадії.

Стадія опору настає, коли стресор продовжує діяти. Організм залучає додаткові резерви і мобілізує всі сили для боротьби з впливом стресу, що дозволяє підтримувати оптимальне функціонування всіх систем.

Стадія виснаження розвивається, якщо подразник діє тривалий час. Виснаження ресурсів організму знижує здатність протистояти стресу, що може призвести до зниження загальної опірності і розвитку хвороб.

Під час дії стресового фактора людина оцінює ситуацію як загрозову. Міра загрози є індивідуальною, але вона завжди викликає негативні емоції. Усвідомлення загрози спонукає людину боротися або втекти. Витрачаючи свої

сили, людина намагається подолати стресор. Якщо ситуація не вирішується, а сили виснажуються, можуть виникнути неврози або інші серйозні фізіологічні порушення.

Оскільки люди сприймають однакові ситуації по-різному, ступінь стресу залежить від індивідуальних особливостей. Стрес може проявлятися як гостра, так і хронічна форма. Раніше вважалося, що стрес викликають екстремальні ситуації, але сьогодні постійний інформаційний потік може призводити до хронічного стресу, що стало поширеним явищем у сучасному житті.

Адаптація допомагає підтримувати гомеостаз організму під час взаємодії з зовнішнім світом. Психічна адаптація включає не тільки підтримку психічного гомеостазу, але й дві додаткові складові: оптимізацію взаємодії з навколишнім середовищем та встановлення гармонії між психічними і фізіологічними характеристиками організму. Загалом, оскільки люди різні, особистісні фактори відіграють важливу роль у тому, як кожна людина переживає стрес.

Хоча стрес на робочому місці не завжди має лише негативний характер, його надмірні прояви (інтенсивний, тривалий або регулярний стрес) можуть бути шкідливими та неприпустимими. Тривалий стрес на робочому місці може спричинити розвиток безсоння, емоційного виснаження, мігрені, хронічної втоми, депресії, алергії, проблем із опорно-руховим апаратом, гіпертонії, виразкової хвороби шлунку, захворювань серцево-судинної системи, серцевого нападу, нещасних випадків і навіть привести до самогубства. [6].

Кеннон [21] ввів термін «реакція на надзвичайну ситуацію» як назву для комплексу психофізіологічних дій, який тепер відомий як стрес-реакція. Сельє [40] продемонстрував, що стрес є фактором ризику для низки порушень здоров'я та захворювань, які він назвав хворобами дезадаптації. Квік і Квік [36] запровадили уявлення про профілактику в контекст організаційного стресу, розробивши теорію профілактичного управління стресом. У 1980-х роках професійний стрес був визнаний однією з десяти провідних проблем професійного здоров'я в Сполучених Штатах, а також, ймовірно, в інших

індустріально розвинених країнах Заходу. Саутер, Мерфі та Харрелл [37] почали розробляти профілактичну програму для вирішення того, що дехто називав епідемією стресу.

Стрес безпосередньо пов'язаний із сімома з десяти основних причин смертності у світі, причому серцево-судинні захворювання є провідною причиною як серед чоловіків, так і серед жінок [35]. Професійний та організаційний стрес є ключовим фактором ризику серцево-судинних захворювань [38].

Коли ми аналізуємо причини професійного стресу, важливо звернути увагу на три основні групи вимог: професійні та робочі, сімейні чи домашні, а також індивідуальні, внутрішньо нав'язані. Перша важлива причина стресу — відсутність можливості приймати рішення на роботі. Це особливо стосується робочих місць з високим навантаженням, де вимоги до працівника високі, а контроль над процесами мінімальний. Друга причина — невизначеність у багатьох аспектах робочого процесу. Нестабільність роботи та неясність наслідків власних дій створюють постійне навантаження на організм, що з часом призводить до фізичного виснаження. Третьою важливою причиною є конфлікти на роботі, які погано управляються. Втім, не всі конфлікти є негативними; якщо конфлікт допомагає вирішити важливе питання, він може бути конструктивним і корисним для організації [36].

Ефективна психічна адаптація є важливою умовою для досягнення успіху в професійній діяльності. Стресові ситуації в професійному середовищі можуть виникати через швидку зміну обставин, потребу у швидкому прийнятті рішень, а також через невідповідність між особистими характеристиками та вимогами роботи. Причинами емоційного стресу можуть бути нестача інформації, протиріччя, надмірна різноманітність або одноманітність завдань, а також перевантаження людини обсягом роботи чи її складністю, неясні або суперечливі вимоги, а також ризик чи критичні обставини під час прийняття рішень. Ключовими факторами, які сприяють покращенню психічної адаптації

в професійних колективах, є здатність до соціальної згуртованості, побудова здорових міжособистісних стосунків та можливість для відкритого спілкування.

Взаємозв'язок між професійним вигоранням і стресом є тісним та взаємозалежним. Професійне вигорання можна розглядати як результат хронічного стресу на роботі, коли стресові фактори накопичуються і викликають емоційне та фізичне виснаження. Коли працівник постійно зазнає стресу через перевантаження, недостатню підтримку, низький контроль над роботою або невизначеність, його здатність справлятися зі стресом зменшується. Це веде до втоми, тривожності, зниження мотивації та відчуття безсилля, що є основними характеристиками вигорання.

Стрес, особливо хронічний, може стати основною причиною вигорання, оскільки постійне емоційне і фізичне навантаження виснажує ресурси працівника, що призводить до відчуття відчуженості, апатії та втрати задоволення від роботи. В результаті, стрес може поступово перерости в вигорання, коли людина починає відчувати себе виснаженою не тільки фізично, але й емоційно, що може сильно знижувати її ефективність на роботі.

Таким чином, професійне вигорання є довгостроковим результатом постійного стресу на роботі, який призводить до серйозних наслідків як для психічного, так і для фізичного здоров'я працівника.

Стрес на роботі у медичних працівників є особливо поширеним через кілька факторів. По-перше, медики часто стикаються з високим рівнем відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів, що викликає постійне психоемоційне навантаження. По-друге, робота в умовах постійної напруги, великих обсягів роботи та обмеженого часу для відпочинку збільшує ймовірність стресу. Додатково, медичні працівники часто переживають сильні емоційні реакції, стикаючись із важкими випадками, важкими пацієнтами чи хворобами, а також мають обмежену можливість отримати психологічну підтримку або консультацію.

Ще однією важливою причиною є низький рівень компенсації, перевантаження роботою і недостатня підтримка з боку керівництва. Все це створює сприятливе середовище для розвитку професійного вигорання і стресу серед медичних працівників [41].

Незважаючи на загальноприйняте сприйняття стресу як шкідливого явища, важливо розрізнити позитивний та негативний стрес. Еустрес — це форма стресу, яка має стимулювальний характер. Він виникає у відповідь на виклики, які людина сприймає як можливість для росту, а не як загрозу. У короткостроковій перспективі еустрес може підвищувати продуктивність, активізувати мислення та сприяти досягненню цілей.

Наприклад, відчуття збудження перед важливою операцією або прийомом пацієнта може спонукати лікаря до більшої концентрації. Проте важливою умовою є обмеженість у часі та можливість відновлення. Якщо позитивний стрес переходить у хронічний стан без відпочинку, він може перетворитися на дистрес. Таким чином, не кожен стрес є шкідливим, і завдання організації — підтримувати баланс між навантаженням і можливістю для працівника впоратися з ним.

Важливу роль у виникненні або профілактиці стресу відіграє організаційне середовище, у якому працює медичний працівник. Фактори, такі як стиль керівництва, організаційна культура, доступ до ресурсів та якість внутрішньої комунікації, значною мірою впливають на рівень професійного дистресу.

Недостатня підтримка з боку керівництва, відсутність чіткої зворотної інформації, непрозора система оцінки результатів, а також недостатня участь персоналу у прийнятті рішень можуть призводити до відчуття безсилля, знецінення власного вкладу та емоційного вигорання. З іншого боку, підтримувальне середовище, регулярне визнання досягнень, професійний розвиток і чіткі правила гри знижують ймовірність розвитку стресу навіть у складних умовах

Окремої уваги заслуговують культурні особливості сприйняття та реагування на стресові ситуації. Дослідження показують, що у різних країнах медичні працівники по-різному оцінюють допустимий рівень стресу, проявляють різні форми копіngu та звертаються до різних джерел підтримки. Наприклад, у скандинавських країнах великого значення надають балансу між роботою та особистим життям, у той час як у країнах Східної Європи — часто домінує культура “терпіння” та ігнорування власного стану.

Таким чином, стрес і професійне вигорання є взаємопов'язаними явищами, особливо серед медичних працівників, які зазнають значного емоційного, фізичного та психічного навантаження. Постійна дія стресових факторів без належної підтримки та відпочинку може призводити до виснаження, зниження працездатності та серйозних проблем зі здоров'ям. Розуміння причин та механізмів розвитку стресу й вигорання є важливим кроком для розробки ефективних стратегій профілактики та підтримки психологічного благополуччя працівників.

1.3 Особливості вигорання та стресу у медичних працівників неврологічної галузі

Останні роки відзначаються значним зростанням кількості досліджень, присвячених професійному вигоранню медичних працівників. Особливу актуальність ця проблема набула у зв'язку з пандемією COVID-19 та військовими конфліктами, що створили нові, безпрецедентні умови для роботи українських медиків.

Пандемія COVID-19, яка розпочалася у 2020 році, загострила питання професійного вигорання серед медичних працівників у всьому світі. Лікарі та інший медичний персонал опинилися на передовій у боротьбі з вірусом, що спричинило суттєве збільшення рівня стресу та емоційного виснаження .

У країнах, охоплених військовими конфліктами, таких як Україна, медики стикаються з додатковими випробуваннями. Війна призвела до значного підвищення навантаження на систему охорони здоров'я та негативно позначилася на психологічному стані медичних працівників .

В умовах воєнних дій медики працюють у надзвичайно складних обставинах, що мають значний вплив на їхнє фізичне та психічне благополуччя. Постійна фізична загроза, зумовлена обстрілами та бомбардуваннями, становить серйозний ризик для життя та здоров'я медичного персоналу.

Робота медичних працівників неврологічної галузі супроводжується високим рівнем відповідальності, інтенсивним емоційним залученням та часто напруженим графіком. Ці фактори створюють підґрунтя для розвитку емоційного вигорання та професійного стресу, які впливають як на здоров'я медиків, так і на якість їхньої роботи. Загальний відсоток медиків із синдромом вигорання оцінюється приблизно в 40%, але ця частка різниться залежно від спеціальності. Зараз неврологія займає друге місце за рівнем вигорання, за прогнозами, зрештою посяде перше місце [41].

Особливості та складність роботи медичних працівників неврологічного профілю:

1. Робота з хронічними та прогресуючими захворюваннями. Неврологічні пацієнти здебільшого страждають на хронічні або невиліковні захворювання центральної чи периферичної нервової системи (інсульт, епілепсія, хвороба Альцгеймера, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз тощо). Це вимагає тривалого спостереження, системної терапії та супроводу пацієнта, що створює емоційно виснажливу взаємодію та формує високий рівень професійного стресу.
2. Складність діагностичного процесу. Неврологічна симптоматика є багатовекторною, часто прихованою або неспецифічною. Діагностика

потребує глибоких знань нейроанатомії, нейрофізіології, клінічного мислення та використання сучасних інструментальних методів дослідження. Наявність коморбідної психічної або соматичної патології додатково ускладнює клінічну картину.

3. Психоемоційна напруга у спілкуванні з пацієнтами. Значна частка неврологічних пацієнтів має супутні когнітивні порушення, афективну дезрегуляцію, мовні розлади, а також труднощі в розумінні або виконанні інструкцій медичного персоналу. Це вимагає від лікаря або медичної сестри додаткової емпатії, толерантності, гнучкості та витрат психоемоційних ресурсів.

4. Високий рівень відповідальності та навантаження. Медичні працівники неврологічного профілю працюють у режимі постійної інтелектуальної напруги, з високим рівнем клінічної відповідальності, що супроводжується дефіцитом часу, збільшеним потоком пацієнтів та необхідністю швидкого прийняття рішень в умовах обмежених ресурсів.

5. Необхідність міждисциплінарної взаємодії. Реабілітація та супровід пацієнтів з неврологічними розладами вимагає тісної співпраці з фахівцями суміжних дисциплін (психотерапевтами, логопедами, ерготерапевтами, фізичними терапевтами), що потребує високих комунікативних навичок, здатності до координації командної роботи та адаптації до різних професійних підходів.

6. Підвищені ризики емоційного вигорання. Постійна взаємодія з тяжкими клінічними випадками, усвідомлення обмежених можливостей лікування, а також тривалий контакт з пацієнтами в стані когнітивного або функціонального дефіциту формує сприятливе підґрунтя для розвитку синдрому емоційного вигорання. Особливо вразливими є молоді фахівці та особи, які не мають навичок саморегуляції та підтримки професійного балансу.

Баланс між роботою та особистим життям є важливим аспектом післядипломного навчання в неврології, оскільки саме в цей період формується професійна ідентичність, розвиваються стратегії саморегуляції, а також закладаються основи для довготривалої професійної ефективності та психологічного благополуччя.

Недостатня кількість допоміжного персоналу, збільшення обсягу комп'ютерної роботи та зростання кількості пацієнтів призводять до того, що неврологи витрачають менше часу на безпосередній догляд за пацієнтами. Погіршення балансу між роботою та особистим життям через додаткові адміністративні завдання негативно впливає на сімейне життя та сприяє занедбанню хобі.

Серед основних причин професійного вигорання можна виділити емоційне виснаження, надмірне робоче навантаження та психологічні травми. Хоча безпосередньо вигорання впливає на самих неврологів, воно також має серйозні наслідки для пацієнтів і створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я [9].

Парадоксально, але медики часто заперечують наявність симптомів вигорання, що лише посилює проблему, сприяючи розвитку емоційного виснаження та відстороненості. Як наслідок, вони можуть вдаватися до деструктивних копінг-стратегій, таких як зловживання алкоголем і наркотиками, а також демонструвати суїцидальні тенденції та відчуженість від роботи.

Професійне вигорання впливає не лише на робочий процес, але й на особисте життя працівників, зачіпаючи їхнє найближче оточення. Медики стикаються з так званим синдромом «другої жертви» — психологічною травмою та почуттям провини перед пацієнтами, що виникає внаслідок медичних помилок, які призводять до негативних наслідків для здоров'я пацієнтів.

Професійне вигорання професіоналів також створює значне навантаження на систему охорони здоров'я загалом. Медичні працівники, які намагаються впоратися із симптомами вигорання, часто скорочують робочі години або залишають роботу в пошуках менш емоційно виснажливого зайнятості. Це спричиняє необхідність найму, навчання та адаптації нових лікарів, що зазвичай займає від кількох місяців до кількох років [41].

Крім того, медики, які перебувають у стані вигорання, частіше допускають професійні помилки, що підвищує ризик судових позовів за медичну недбалість. Це, у свою чергу, призводить до перерозподілу фінансових ресурсів із системи охорони здоров'я до юридичної сфери, ще більше зменшуючи і без того обмежене фінансування лікарень і клінік. Водночас зростає тиск на медиків щодо безпомилкової роботи, що лише погіршує проблему.

Медичні працівники неврологічного профілю мають справу зі складними клінічними випадками, зокрема пацієнтами із хронічними захворюваннями, які часто вимагають довготривалого лікування та підтримки. Постійне емоційне напруження, викликане співчуттям до пацієнтів, очікуванням результатів лікування та роботою з їхніми родинами, призводить до відчуття виснаження. Невідповідність очікувань (наприклад, відсутність прогресу в пацієнтів) та значне робоче навантаження також сприяють формуванню синдрому вигорання. Медичні працівники неврологічного профілю часто працюють з лежачими хворими, які мають численні відхилення: порушення рухової активності, когнітивні розлади, неконтрольований біль або параліч. Такі пацієнти вимагають особливого догляду, включаючи переміщення, годування, перевдягання та підтримку особистої гігієни. Інтенсивний фізичний та емоційний контакт з такими пацієнтами створює сприятливі умови для розвитку стресу та вигорання.

Окрім емоційного виснаження та психологічного стресу, медичні працівники також стикаються з моральним вигоранням. Моральне вигорання

виникає тоді, коли людина вчиняє, стає свідком або не може запобігти діям, які суперечать її глибоко укоріненим моральним переконанням. У контексті охорони здоров'я таким переконанням є клятва, яку кожен медичний працівник дає на початку своєї професійної діяльності: "передусім дбати про потреби пацієнтів". Ця клятва є основою професійного життя лікарів і визначальним принципом у пошуку правильного рішення [9].

Однак сучасні клініцисти змушені зважати не лише на потреби пацієнтів, а й на вимоги інших зацікавлених сторін — електронних медичних записів, страхових компаній, адміністрації лікарень, системи охорони здоров'я та навіть власної фінансової стабільності. Щоразу, коли лікар змушений ухвалювати рішення, яке йде врозріз з інтересами пацієнта, він відчуває удар моральної несправедливості. З часом такі повторювані моральні компроміси накопичуються та призводять до морального вигорання. Моральне вигорання описує складність одночасно знати, яка допомога потрібна пацієнтам, але бути не в змозі її надати через обмеження, які поза нашим контролем.

Керівництво відділень відіграє важливу роль у формуванні умов, які можуть як зменшувати, так і підсилювати професійне вигорання серед медичних працівників. Дослідження свідчать, що стиль управління, ступінь підтримки з боку керівника та характер внутрішньої комунікації безпосередньо впливають на рівень емоційного навантаження персоналу.

У колективах, де переважає авторитарний стиль управління, спостерігається вищий рівень психологічного напруження, тоді як демократичне або партнерське лідерство асоціюється з більшою задоволеністю працею та меншою схильністю до вигорання. Факторами ризику також є непрозорий розподіл обов'язків, ігнорування потреб персоналу, відсутність системи зворотного зв'язку, а також надмірна формалізація управлінських рішень.

Керівники середньої ланки часто є посередниками між адміністрацією та виконавчим персоналом, тому саме на їхній рівень припадає значна частка

психологічного тиску. Невизначеність ролей, подвійні очікування «згори» і «знизу», а також необхідність одночасно забезпечувати контроль і підтримку створюють додаткові стресові фактори для цієї категорії медичних працівників.

Довгострокові рішення проблеми морального вигорання вимагають змін у бізнесовій структурі системи охорони здоров'я. Рішення полягають не в тому, щоб пропагувати майндфулнес або підвищення стійкості серед окремих лікарів, а в тому, щоб створити медичне середовище, яке нарешті визнає цінність часу, який клініцисти та пацієнти проводять разом, розвиваючи довіру, розуміння та співчуття, що є основою справжніх лікарсько-пацієнтських відносин [42].

Таким чином, емоційне вигорання та професійний стрес є серйозними проблемами серед медичних працівників неврологічного профілю, що впливають як на їхнє особисте життя, так і на якість медичної допомоги. Основними факторами, що спричиняють вигорання, є надмірне робоче навантаження, брак підтримки, високі вимоги до точності діагностики та моральні дилеми, з якими стикаються лікарі. Наслідки вигорання проявляються у зниженні ефективності роботи, підвищеній частоті лікарських помилок та негативному впливі на загальну систему охорони здоров'я.

Висновки до першого розділу

Емоційне вигорання – це психологічний стан, що виникає внаслідок тривалого професійного стресу та надмірного емоційного виснаження. Емоційне вигорання та професійний стрес є критичними проблемами серед медичних працівників, особливо тих, хто працює в неврологічній галузі. Постійний контакт із тяжкими пацієнтами, які мають численні неврологічні порушення та повністю залежать від персоналу, створює високий ризик як фізичного, так і емоційного виснаження. Це сприяє розвитку вигорання, яке за

моделлю Крістіни Маслач включає три основні компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження особистісних досягнень.

Хронічний стрес, викликаний необхідністю прийняття термінових рішень, надмірним фізичним навантаженням та емоційним залученням до стану пацієнтів, призводить до розвитку вигорання. Це проявляється втому, апатією, втратою співчуття та погіршенням якості надання медичних послуг.

Особливо складним є догляд за лежачими пацієнтами з важкими неврологічними розладами, оскільки їх необхідно регулярно переміщувати та контролювати, що значно збільшує фізичне навантаження. Підвищений ризик ускладнень у пацієнтів посилює почуття відповідальності та тривогу серед медиків. Професійний стрес є неминучим, навіть іноді необхідним елементом робочого середовища, але він не повинен призводити до вигорання тому, що це ставить під загрозу якість надавання медичних послуг.

РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Опис вибірки та методологія дослідження

Мета нашого дослідження полягає у проведенні комплексного теоретичного та емпіричного аналізу емоційного вигорання та професійного стресу у медичних працівників неврологічного профілю. Для досягнення поставленої мети було сформовано наступну вибірку респондентів: 30 жінок, з них 26 медичних сестер та 4 лікарі віком від 19 до 65 років. Дослідження проводилось на базі Криворізької міської клінічної лікарні №2 в неврологічному відділенні. Участь у дослідженні була добровільною.

Дослідження було проведено через наступні етапи:

Перший етап: підготовчий. На цьому етапі було проведено аналіз теоретичних напрацювань українських та зарубіжних науковців щодо емоційного вигорання та професійного стресу у медичних працівників. Визначено об'єкт та предмет дослідження, сформульовано мету та завдання, а також обрано методи дослідження, які найбільш точно дозволяють оцінити рівень емоційного вигорання та стресу серед медичного персоналу неврологічного профілю.

Другий етап: планування емпіричного дослідження. Розроблено детальний план дослідження, що включав визначення вибірки медичних працівників, які працюють у неврологічному відділенні лікарні. Також було обрано три психологічні опитувальники: два для вимірювання рівня емоційного вигорання (по три показники в кожному), третій — для оцінки професійного стресу.

Третій етап: проведення емпіричного дослідження. Збір даних здійснювався шляхом розповсюдження паперових анкет серед медичних працівників у лікарні. Анкетування проводилося в робочий час за згодою

учасників. Респонденти заповнювали анкети вручну в комфортних для них умовах, після чого заповнені бланки збиралися та перевірялися на повноту відповідей.

Четвертий етап: документування та аналіз результатів. Отримані паперові анкети були перенесені у цифровий формат для подальшого аналізу. Обробка та аналіз даних здійснювалися за допомогою статистичних методів у програмі JASP. Було проведено кількісний аналіз рівнів емоційного вигорання та професійного стресу, визначено кореляційні зв'язки між цими показниками. Результати були інтерпретовані відповідно до теоретичних положень та зроблено висновки щодо особливостей вигорання та стресу у медичних працівників неврологічного профілю.

Для оцінки рівня емоційного вигорання та професійного стресу серед медичних працівників неврологічного профілю було використано три стандартизовані методики:

1. Опитувальник Маслач для діагностики синдрому емоційного вигорання (MBI – Maslach Burnout Inventory). Методика розроблена К. Маслач і С. Джексон є однією з найпоширеніших у світовій практиці для оцінки емоційного вигорання. Опитувальник дозволяє визначити рівень вигорання за трьома основними показниками:

Емоційне виснаження – відчуття перевтоми, зниження енергії та мотивації.

Деперсоналізація – цинічне або негативне ставлення до пацієнтів та колег, емоційне дистанціювання.

Редукція особистих досягнень – зниження почуття компетентності у професійній діяльності, відчуття незадоволеності собою.

Опитувальник містить 22 твердження, на які респонденти відповідають, використовуючи шкалу частоти переживань (від «ніколи» до «дуже часто»). Результати оцінюються за діапазонами: низький рівень вигорання (оцінки в нижчому діапазоні шкали), середній рівень (середній діапазон), високий

рівень (вищі значення шкали), що дозволяє оцінити ступінь вигорання респондентів.

2. Опитувальник професійного вигорання В.В. Бойка. Методика оцінки професійного вигорання розроблена В.В. Бойком і спрямована на виявлення рівня та структури синдрому емоційного вигорання у фахівців, які працюють у стресових умовах. Опитувальник містить 84 твердження, що охоплюють різні аспекти професійного вигорання.

Основні виміри методики Бойка:

Фаза напруження – характеризує початкові прояви вигорання, зокрема тривожність, незадоволеність професійною діяльністю, загострене переживання ситуацій роботи.

Фаза резистенції – включає емоційне виснаження, зниження інтересу до роботи, механізми психологічного захисту.

Фаза виснаження – відображає глибоку стадію вигорання, що проявляється апатією, деперсоналізацією, втратою професійної мотивації та фізичним виснаженням.

Ця методика дозволяє оцінити як загальний рівень вигорання, так і ступінь вираженості кожної фази окремо.

3. Опитувальник психологічного стресу PSM-25 (Psychological Stress Measure-25). Методика PSM-25 розроблена Лемером та Тесьє (Lemure & Tessier) для оцінки загального рівня психологічного стресу та його впливу на емоційний стан особистості. Опитувальник був адаптований Водоп'яною та містить 25 тверджень, які відображають суб'єктивні та фізіологічні прояви стресу.

Основні виміри PSM-25:

Суб'єктивне відчуття стресу – наскільки респондент сприймає ситуацію як стресову.

Емоційні та поведінкові реакції на стрес – відчуття тривоги, роздратованості, проблеми з концентрацією уваги.

Фізіологічні прояви стресу – соматичні реакції, зокрема втома, головний біль, м'язове напруження.

Загальна стресова напруженість – інтегральний показник рівня стресу за результатами опитування.

Респонденти оцінюють ступінь своєї згоди з кожним твердженням за шкалою від 1 до 8 балів. Чим вищий сумарний бал, тим більший рівень стресового навантаження. Під час аналізу результатів опитування обчислюється інтегральний показник психічної напруги (ППН), який відображає загальний рівень психологічного стресу. Питання 14 має обернену оцінку. Вищий ППН свідчить про сильніший психологічний стрес у респондента. Якщо ППН становить менше 100 балів, це означає низький рівень стресу і хорошу адаптацію до робочих навантажень. Якщо ППН знаходиться в діапазоні від 100 до 154 балів, це вказує на середній рівень стресу, коли психічна напруга перебуває на середньому рівні. ППН понад 155 балів свідчить про високий рівень стресу та дезадаптацію, що може проявлятися у значному психічному дискомфорті. Респонденти з таким рівнем стресу можуть потребувати використання різних стратегій для зниження напруження, розслаблення та досягнення психологічного комфорту. У таких випадках можуть бути необхідні зміни в стилі мислення та підході до життя. Інтегральний показник психічної напруги дозволяє оцінити вплив стресових факторів на психічний стан респондента та його здатність до адаптації.

Обґрунтування вибору методик

Вибір цих методик зумовлений їх високою валідністю та надійністю у дослідженні психологічного стану медичних працівників. Опитувальники професійного вигорання В.В. Бойка та МВІ дозволяють детально оцінити емоційне вигорання, тоді як PSM-25 дає можливість виміряти рівень

професійного стресу, що є важливим для розуміння загального психоемоційного стану персоналу.

Отримані дані були оброблені за допомогою статистичних методів аналізу, зокрема визначення середніх значень окремих показників та кореляційного аналізу для виявлення взаємозв'язків між рівнем емоційного вигорання та професійного стресу у медичних працівників неврологічного профілю.

На основі отриманих результатів було підготовлено висновки, які базуються на емпіричних даних дослідження. Висновки включали рекомендації щодо зниження рівня професійного стресу та профілактики емоційного вигорання серед медичного персоналу. Запропоновані рекомендації можуть бути корисними для розробки програм психологічної підтримки та заходів, спрямованих на підвищення стресостійкості та емоційного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я.

2.2. Аналіз та обробка результатів дослідження

Розглянемо аналіз результатів, отриманих за допомогою методики «Опитувальник психологічного стресу PSM-25 (Psychological Stress Measure-25)», що дозволяє оцінити загальний рівень психологічного стресу та його вплив на емоційний стан особистості. Рівень психологічного стресу респондентів, визначений за методикою PSM-25, подано на таблиці 2.1.

Згідно з отриманими даними, середнє значення рівня стресу серед респондентів становить 95.30 балів, що свідчить про середній рівень вираженості стресу у вибірці. Стандартне відхилення склало 32.48, що вказує на помірну варіативність показників серед учасників дослідження. Мінімальне зафіксоване значення становило 30.00, а максимальне — 160.00 балів. Ці результати свідчать про наявність значного діапазону індивідуальних відмінностей у рівні психологічного стресу серед учасників.

Таблиця 2.1.

Загальні статистичні характеристики рівня психологічного стресу за методикою PSM-25

Показник	Значення
Середнє значення	95.30
Стандартне відхилення	32.48
Мінімум	30.00
Максимум	160.00

Розглянемо аналіз результатів, отриманих за допомогою методики «Опитувальник Маслач для діагностики синдрому емоційного вигорання (MBI – Maslach Burnout Inventory)», яка дозволяє оцінити емоційне вигорання за трьома основними шкалами: емоційне виснаження, деперсоналізація та зниження особистих досягнень (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Загальні статистичні характеристики рівнів емоційного вигорання за шкалою Маслач (MBI).

Показник	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Зниження особистих досягнень
Середнє значення	24.43	13.60	20.10
Стандартне відхилення	11.49	7.70	12.43
Мінімум	9.00	5.00	8.00
Максимум	45.00	29.00	45.00

Емоційне виснаження:

Норми для жінок: низький рівень — 6–16 балів, середній — 17–25, високий — 26–34, дуже високий — понад 34. Середнє значення — 24.43 бала (середній рівень). Високе стандартне відхилення (11.49) та розкид значень (від 9 до 45) свідчать про значну варіативність: від низького до дуже високого рівня емоційного виснаження серед респонденток.

Деперсоналізація:

Норми: низький рівень — 1–4, середній — 5–10, високий — 11–13, дуже високий — понад 14. Середній бал — 13.60, що вказує на високий рівень деперсоналізації. Мінімум — 5 (середній рівень), максимум — 29 (значно перевищує норму), що свідчить про наявність емоційного відсторонення у частини учасниць.

Зниження особистих досягнень:

Зворотна шкала: чим нижчий бал, тим вищий рівень вигорання. Низький рівень (високі досягнення) — 37–48, дуже високий (виражене зниження) — ≤ 22 . Середній бал — 20.10, що вказує на дуже високий рівень професійного вигорання. Розкид балів (від 8 до 45) демонструє як глибоке зниження самооцінки, так і наявність учасниць із високим почуттям ефективності.

Розглянемо аналіз результатів, отриманих за допомогою методики «Опитувальник професійного вигорання В.В. Бойка», яка дозволяє оцінити ступінь сформованості кожної фази окремо та вигорання в цілому (табл.2.3).

За шкалою напруження, максимальна кількість балів складає 120, проте важливо пам'ятати, що для оцінки сформованості фази використовуються певні межі: фаза не сформована – 36 і менше балів, фаза на стадії формування – 37–60 балів, фаза сформована – 61 і більше балів. Середнє значення для цієї фази в нашому дослідженні становить 43.03 бали, що вказує на те, що фаза напруження знаходиться на стадії формування. Враховуючи значне стандартне відхилення (23.19), можна сказати, що респонденти знаходяться на

різних етапах цієї фази. Мінімальне значення (10) вказує на те, що частина респонденток не має явних проявів цієї фази, тоді як максимальне значення (89) свідчить про наявність респонденток із сформованою фазою напруження.

Таблиця 2.3.

Описові статистичні характеристики фаз емоційного вигорання за методикою В.В. Бойка.

Стадія	Напруження	Резистенція	Виснаження
Середнє значення	43	65	32
Стандартне відхилення	23	39	29
Мінімум	10	10	6
Максимум	87	120	110

Для оцінки фази резистенції використовуються аналогічні межі. Середнє значення для цієї фази становить 65 балів, що свідчить про те, що фаза резистенції вже сформована у більшості респонденток. Враховуючи значне стандартне відхилення (39), можна зробити висновок, що частина респонденток знаходиться на етапі формування цієї фази, тоді як інші вже досягли її повної сформованості. Мінімальне значення (10) вказує на відсутність адаптації у деяких респонденток, а максимальне значення (120) свідчить про високий рівень сформованості фази у інших.

Оцінка фази виснаження також має аналогічні до інших фаз межі. Середнє значення цієї фази становить 32 бали, що вказує на те, що у респонденток спостерігаються прояви низького рівня виснаження, яке знаходиться на ранніх етапах розвитку. Стандартне відхилення (29) демонструє значну варіативність серед респонденток: деякі вже мають ознаки сформованої фази виснаження, а інші – лише її початкові прояви. Мінімальне значення (6) вказує на дуже низький рівень виснаження, тоді як максимальне значення (110) свідчить про виражене виснаження у окремих респонденток.

Аналіз розподілу стресу серед респонденток.

Згідно з результатами опитувальника PSM-25, у 56.67% респонденток виявлено низький рівень стресу, що свідчить про здатність ефективно справлятися з професійними навантаженнями без виражених ознак дистресу. Середній рівень стресу виявлено у 36.67% опитаних, що може вказувати на помірне психоемоційне напруження з окремими симптомами, як-от втомлюваність, дратівливість чи порушення сну. Високий рівень стресу зафіксовано лише у 6.67% учасниць, що свідчить про наявність дистресу з можливими емоційними та соматичними проявами, які потребують уваги.

Ці результати також наочно ілюстровані у вигляді кругової діаграми (рис. 2.1), що демонструє візуальний розподіл респонденток за рівнем стресу.

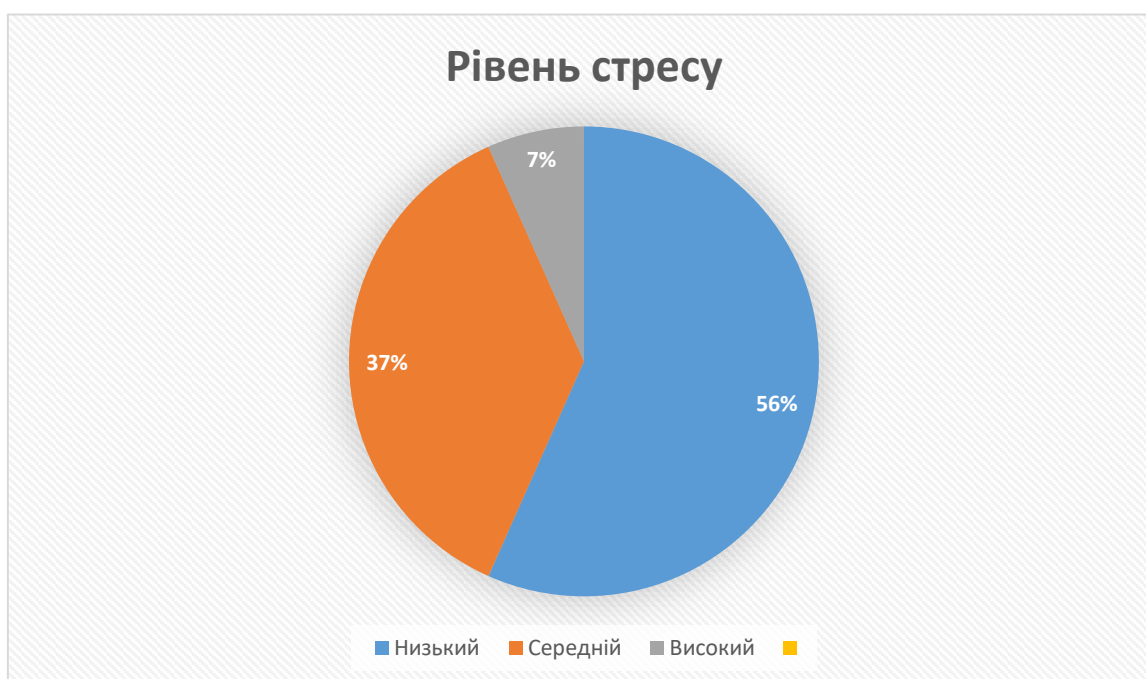


Рис.2.1. Розподіл рівнів психологічного стресу серед респонденток за методикою PSM-25

Аналіз розподілу рівнів вигорання за методикою Маслач (MBI)

Згідно з опитувальником Маслач (MBI), 30.00% респонденток продемонстрували високий рівень емоційного виснаження, що свідчить про

значне емоційне та фізичне напруження, втому, апатію і знижену мотивацію, що може впливати на професійну діяльність і потребує психологічної підтримки. Дуже високий рівень виснаження виявлено у 23.33% учасниць — це свідчить про втрату емоційних ресурсів, сильне почуття виснаженості та ризик розвитку синдрому вигорання. Середній рівень емоційного виснаження мають 13.33% опитаних — вони відчувають втому та дратівливість, але ще здатні справлятися з навантаженням. Низький рівень (33.33%) свідчить про емоційну стабільність і ефективні механізми подолання стресу. Результати продемонстровані на рисунку 2.2.

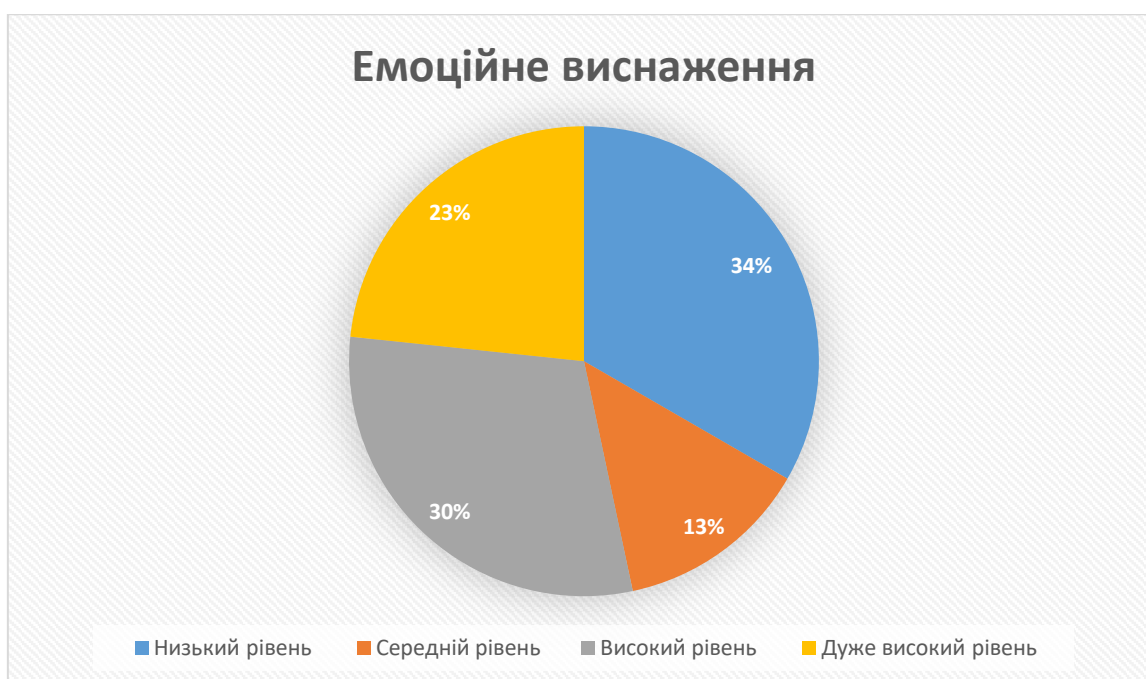


Рис.2.2. Розподіл рівнів емоційного виснаження серед респонденток за шкалою МВІ.

Згідно з результатами шкали деперсоналізації (рис. 2.3), 43.33% респонденток мають дуже високий рівень деперсоналізації, що проявляється емоційним відстороненням, байдужістю та цинізмом у професійній взаємодії. Це може бути захисною реакцією на хронічний стрес, але водночас погіршує якість роботи й стосунки в колективі. Високий рівень зафіксовано у 6.67% респонденток, що свідчить про помірні прояви емоційної дистанції та

зниження емпатії. Половина учасниць (50.00%) мають середній рівень деперсоналізації — вони іноді відчувають втому від спілкування, але загалом зберігають професійну залученість. Низький рівень не виявлено, що може вказувати на загальне емоційне перенавантаження вибірки.

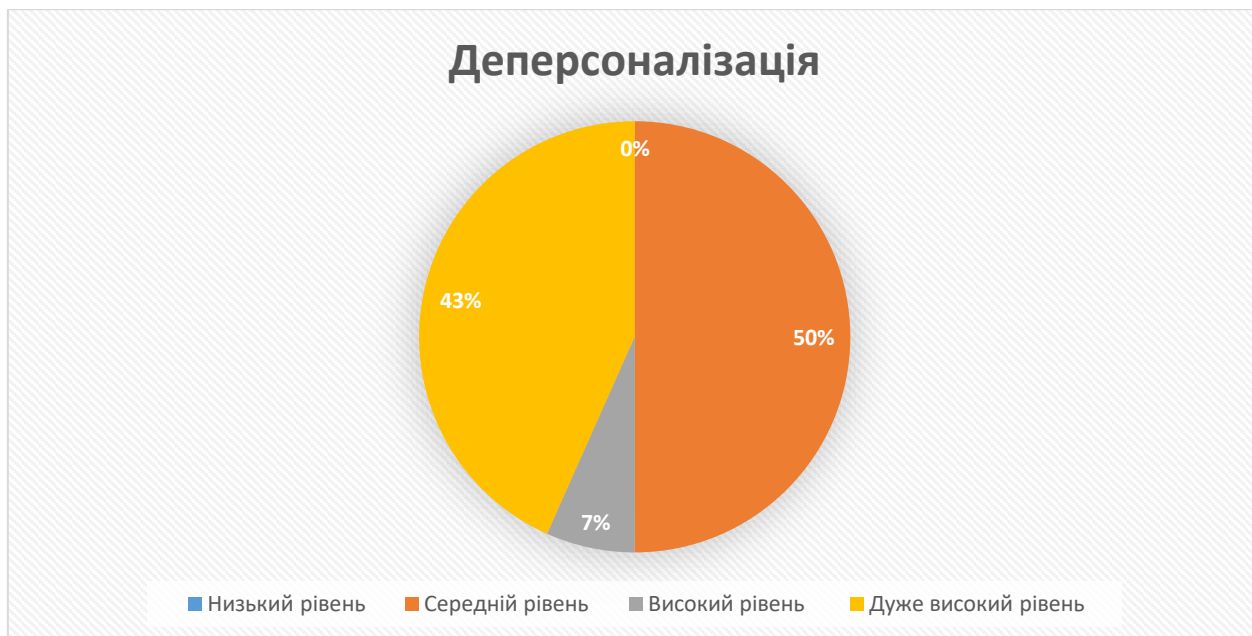


Рис.2.3. Розподіл рівнів деперсоналізації серед респонденток за шкалою МВІ.

Згідно з результатами шкали редукції особистих досягнень (рис.2.4), 60.00% респонденток мають дуже високий рівень редукції, що вказує на значне зниження впевненості у власній професійній ефективності, апатію та втрату мотивації. Високий рівень зафіксовано у 10.00% учасниць — вони також відчувають невпевненість і незадоволення результатами праці. Середній рівень (10.00%) свідчить про періодичні сумніви у професійній значущості, які можуть бути ситуативними. 20.00% респонденток мають низький рівень редукції досягнень, що вказує на позитивну професійну самооцінку, мотивацію та задоволеність роботою.



Рис.2.4. Розподіл рівнів редукції особистих досягнень серед респонденток за шкалою МВІ.

Аналіз розподілу рівнів вигорання за методикою В.В. Бойка

Перша стадія синдрому емоційного вигорання за В.В. Бойком — фаза напруження — характеризується виникненням тривалих психоемоційних труднощів, які особа не може подолати, що спричиняє внутрішню напругу, занепокоєння, емоційне виснаження, відчуття незахищеності та фрустрацію.

За методикою (рис. 2.5) В.В. Бойка, 43.33% респонденток не мають сформованої фази напруження — у них не виявлено значних ознак тривожності чи емоційної нестабільності, ймовірно, завдяки ефективним механізмам подолання стресу. У 30.00% учасниць фаза лише формується, що супроводжується першими ознаками виснаження та роздратування. У 26.67% респонденток фаза напруження вже сформована — спостерігаються емоційне виснаження, тривожність, конфліктність і ризик подальшого розвитку синдрому вигорання.



Рис.2.5. Розподіл респонденток за рівнем сформованості фази напруження (за В.В.Бойко).

Друга фаза синдрому емоційного вигорання — фаза резистенції — характеризується формуванням психологічного захисту у відповідь на хронічний стрес. На цьому етапі людина намагається зберегти працездатність і не втратити контроль над собою, однак це часто супроводжується емоційною «черствістю», дистанціюванням від інших, формалізацією професійних обов'язків та поступовою втратою емпатії.

За результатами опитувальника, 36.67% респонденток не мають сформованої фази резистенції — вони зберігають емоційну чутливість та виконують обов'язки без емоційного відчуження. У 10.00% фаза лише починає формуватись: спостерігаються перші прояви захисних реакцій — зниження емоційної включеності та часткова байдужість. У 53.33% респонденток фаза резистенції вже сформована: виявляються емоційне відсторонення, формалізм та зниження емпатії, що може негативно впливати на професійну ефективність.



Рис. 2.6. Розподіл респонденток за рівнем сформованості фази резистенції (за В.В. Бойко)

Третя фаза емоційного вигорання — фаза виснаження — є фінальною стадією розвитку синдрому вигорання і вказує на глибоке емоційне, фізичне та психічне виснаження особистості. На цьому етапі спостерігається втрата енергії, зниження життєвого тону, апатія, порушення сну, підвищена дратівливість, іноді — соматичні скарги. Виснаження є наслідком тривалого перебування під впливом стресових факторів без належного відновлення ресурсів.

Фаза виснаження ще не сформована у більшості респонденток — 70.00% учасниць демонструють збереження емоційної та фізичної стійкості, попри наявність стресових факторів. Водночас у 13.33% жінок цей етап вже починає проявлятися у вигляді хронічної втоми, зниження енергії та психосоматичних симптомів. У 16.67% респонденток виснаження досягло вже сформованої фази: вони стикаються з глибокою апатією, втратами інтересу до професійної діяльності, підвищеною дратівливістю й, можливо, симптомами депресії. Такий стан потребує оперативного психологічного супроводу та перегляду

навантаження.



Рис. 2.7. Розподіл респонденток за рівнем сформованості фази виснаження (за В.В. Бойком).

2.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між стресом, емоційним вигоранням та віковими особливостями

У цьому підрозділі представлено результати кореляційного аналізу між рівнем стресу (за шкалою PSM-25), показниками емоційного вигорання (за шкалою MBI) та фазами синдрому емоційного вигорання за методикою В.В. Бойка. Для визначення взаємозв'язків між цими змінними використано коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ), оскільки розподіл даних не відповідав нормальному.

Результати кореляційного аналізу між усіма змінними, що були досліджені, наведені у Таблиці 2.4. У таблиці вказано коефіцієнти кореляції та рівні їх статистичної значущості.

Кореляційні зв'язки між рівнем стресу (PSM-25), показниками емоційного вигорання за методикою МВІ та фазами синдрому емоційного вигорання за В.В. Бойко (р Спірмена)

	Емоц. виснаження	Деперсоналізація	Зниження досягнень	Фаза Напруження	Фаза резистентності	Фаза виснаження
Стрес (PSM-25)	0.403*	0.546**	0.493**	0.373*	0.764***	0.723***
Емоц. виснаження	-	-	-	0.260	0.389*	0.384*
Деперсоналізація		-		0.047	0.438*	0.482**
Зниження досягнень			-	-0.067	-0.335	-0.434*

Примітка: У таблиці наведено значення коефіцієнтів кореляції Спірмена (ρ).

* – кореляція статистично значуща на рівні $p < 0,05$

** – кореляція статистично значуща на рівні $p < 0,01$

*** – кореляція статистично значуща на рівні $p < 0,001$

Отримані результати свідчать про наступне:

1. Стрес (за шкалою PSM-25) має помірно позитивний зв'язок з емоційним виснаженням ($r = 0.403$, $p < 0.05$), сильний позитивний зв'язок з деперсоналізацією ($r = 0.546$, $p < 0.01$) та зниженням особистих досягнень ($r = 0.493$, $p < 0.01$). Це вказує на те, що зростання рівня стресу пов'язане з посиленням проявів вигорання.

2. Також виявлено позитивну кореляцію між стресом та фазами вигорання: фаза напруження ($r = 0.373$, $p < 0.05$), фаза резистентності ($r = 0.764$, $p < 0.001$) і

фаза виснаження ($r = 0.723$, $p < 0.001$), що демонструє тісний зв'язок між переживанням стресу та розвитком емоційного вигорання.

3. Дослідження виявило статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок між показником деперсоналізації та фазами резистенції ($r = 0.438$, $p < 0.05$) і виснаження ($r = 0.482$, $p < 0.01$) за методикою В. В. Бойко. Це свідчить про те, що зі зростанням рівня деперсоналізації, який характеризується відстороненістю, знеособленням у ставленні до пацієнтів або колег, підвищується ймовірність перебування особи у фазах хронічного стресу — зокрема, у фазі резистенції, яка включає механізми психологічного захисту, та фазі виснаження, що відображає остаточне зниження адаптаційних можливостей і енергетичних ресурсів.

Ці результати вказують на те, що деперсоналізація не є окремим проявом емоційного вигорання, а тісно пов'язана з динамікою його розвитку й поглибленням психоемоційного виснаження медичних працівників.

4. Аналіз кореляційних зв'язків виявив статистично значущий негативний зв'язок між зниженням особистих досягнень та фазою виснаження ($r = -0.434$, $p < 0.05$). Це означає, що чим нижчим є рівень суб'єктивного відчуття професійної ефективності та успішності, тим менш вираженою є фаза виснаження, яка за Бойком характеризується глибоким енергетичним та емоційним виснаженням.

Такий зворотний зв'язок може свідчити про нестандартну динаміку розвитку емоційного вигорання, коли зниження мотивації, самозадоволеності та віри у власну професійну компетентність виникає не як результат виснаження, а як попередній або паралельний процес, що впливає на загальне самопочуття та емоційний стан.

Іншими словами, працівники, які вже відчувають професійну неефективність, можуть менше включатися в роботу, що своєю чергою знижує

ризик повного виснаження через зниження навантаження, або ж це свідчить про різну індивідуальну чутливість до окремих фаз емоційного вигорання.

Проведений аналіз кореляцій показав суттєві взаємозв'язки між рівнем стресу та різними аспектами емоційного вигорання, зокрема з емоційним виснаженням та деперсоналізацією. Результати підтвердили важливість врахування рівня стресу в контексті профілактики вигорання, особливо в професіях із високим емоційним навантаженням.

Для виявлення можливих зв'язків між віком респонденток і рівнями стресу та емоційного вигорання було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена / Пірсона (в залежності від розподілу).

У межах кореляційного аналізу між віком респонденток та показниками стресу й емоційного вигорання отримано такі результати (табл. 2.5):

1. Стрес (PSM-25) статистично достовірно негативно корелює з віком ($r = -0,665$, $p < 0,001$; метод Пірсона), що свідчить про зниження рівня стресу з віком.
2. Деперсоналізація (MBI) демонструє помірний негативний значущий зв'язок із віком ($r = -0,471$, $p = 0,009$), тобто молодші респондентки більш схильні до деперсоналізації.
3. Резистенція (фаза Бойка) виявляє сильний негативний значущий зв'язок із віком ($r = -0,668$, $p < 0,001$), що свідчить про зниження рівня резистенції з віком.
4. Виснаження (фаза Бойка) демонструє дуже сильний негативний значущий зв'язок із віком ($r = -0,716$, $p < 0,001$), тобто старші респондентки рідше відчують виснаження за Бойком.

Таблиця 2.5.

Кореляційні зв'язки між віком та рівнями стресу і вигорання

Показник	Метод кореляції	Коефіцієнт (r)	p-значення
Стрес (PSM -25)	Пірсон	-0.665	< 0.001
Емоційне виснаження (МВІ)	Спірмен	-0.257	0.170
Деперсоналізація (МВІ)	Спірмен	-0.471	0.009
Зниження досягнень (МВІ)	Спірмен	0.168	0.375
Напруження (Бойко)	Пірсон	-0.203	0.281
Резистенція (Бойко)	Спірмен	-0.668	< 0.001
Виснаження (Бойко)	Спірмен	-0.716	< 0.001

Примітка: для пар з * p * < 0.05 кореляція є статистично значущою.

Таким чином, з віком у респонденток спостерігається зниження рівнів стресу та ключових показників вигорання, особливо за методикою Бойка, тоді як компоненти вигорання за шкалою МВІ (крім деперсоналізації) мають слабкі або відсутні кореляції з віком.

2.4. Рекомендації щодо профілактики вигорання та зменшення стресу

Профілактика вигорання та стресу серед медичних працівників є важливою складовою забезпечення високої якості медичної допомоги та підтримки психічного здоров'я професіоналів у сфері охорони здоров'я. Медичні працівники постійно стикаються з великими емоційними і фізичними

навантаженнями. Високий рівень стресу, часті контакти з тяжко хворими пацієнтами, важливість прийняття швидких рішень, а також нерідко відсутність необхідних ресурсів — усе це може призвести до емоційного вигорання, яке, в свою чергу, негативно впливає на якість надання медичних послуг і психічне здоров'я самого працівника [23].

Профілактика вигорання повинна бути направлена на збереження здоров'я медичних працівників, підвищення їх стресостійкості та надання можливостей для відновлення. Важливим аспектом є інформування працівників про основні ознаки стресу і вигорання, а також доступні методи боротьби з цими явищами.

Основними напрямками профілактики професійного дистресу та вигорання серед медичних працівників є інформування, емоційна підтримка та підвищення значущості професії [12].

Оскільки рівень стресу статистично достовірно знижується з віком, доцільно впроваджувати додаткові програми підтримки та профілактики стресу саме для молодших медичних працівників. Це можуть бути тренінги зі стресостійкості, менторські програми або психоемоційна підтримка на початку професійної діяльності.

Інформування персоналу про причини та ознаки вигорання є важливим етапом профілактики. Тут важливо розширити знання медичних працівників про доступні методи збереження професійного здоров'я та працездатності. Інформування включає не тільки теоретичні знання, але й практичні рекомендації щодо уникнення стресових ситуацій та підтримки фізичного та психічного стану.

Психологічна підтримка для медичних працівників, які переживають професійний дистрес чи вигорання, може здійснюватися через різноманітні форми спілкування, наприклад, «круглі столи», психологічні практикуми або спільне проведення дозвілля. Ці заходи допомагають «відключитися» від

робочих проблем, відновити емоційну рівновагу та повернути мотивацію до роботи.

Також важливими є тренінги з підвищення стресостійкості, профілактики та подолання вигорання. Тренінги можуть включати техніки релаксації, управління стресом, тайм-менеджмент, розвиток соціальних умінь, зміну установок та інші навички, які дозволяють покращити емоційну стійкість та загальний стан медичних працівників.

Крім психологічної підтримки, важливу роль у профілактиці відіграє організаційна структура самої медичної установи. Адміністративні заходи, спрямовані на зменшення робочого навантаження, оптимізацію змінного графіка та забезпечення доступу до ресурсів, сприяють зниженню емоційного напруження персоналу. Дослідження свідчать, що чіткий розподіл обов'язків, справедлива оцінка праці та можливість для кар'єрного зростання позитивно впливають на рівень задоволеності роботою та знижують ризик вигорання.

У цьому контексті доцільним є впровадження систем моніторингу психоемоційного стану працівників. Регулярне анкетування або анонімні опитування дозволяють виявити тенденції до зростання стресу на ранніх етапах та своєчасно запровадити коригувальні дії. Особливо ефективними є внутрішні механізми зворотного зв'язку, які дають змогу керівництву оперативно реагувати на запити колективу.

Зміна ставлення до професійної діяльності є ключем до запобігання вигорання. Важливою складовою є професійний саморозвиток.

Рекомендується:

- Опанування нових знань і навичок;
- Визначення нових професійних і життєвих цілей;
- Підвищення психологічної культури та компетентності у спілкуванні з колегами та пацієнтами;
- Розвиток активності, ініціативності та лідерського потенціалу;

- Раціональне чергування праці і відпочинку, ведення здорового способу життя.

Ці рекомендації вимагають створення відповідної корпоративної та інноваційної культури в медичних установах, де організовані заходи психологічної підтримки та профілактики вигорання. Психологічна допомога для медичних працівників, що «вигоряють», має ґрунтуватися на принципі відновлення комунікацій у міжособистісних відносинах. Порушення комунікації є однією з основних причин вигорання, і відновлення ефективних комунікацій здатне значно зменшити ризик розвитку цього синдрому.

Профілактика дистресу та вигорання може здійснюватися за допомогою різних моделей психологічного стресу, серед яких транзакційний підхід є одним із найбільш ефективних. Цей підхід наголошує на важливості взаємодії між особистісними ресурсами працівників і вимогами організації. Якщо між ними існує значна розбіжність, ризик виникнення стресу та вигорання значно зростає. Тому важливим кроком є оптимізація цієї відповідності для зниження негативних наслідків для працівників.

Одним із основних напрямків є професійний відбір, розстановка кадрів і ротація, що допомагає не тільки зменшити стрес, але й забезпечити максимально ефективну діяльність організації. Враховуючи індивідуальні особливості та ресурси працівників, можна знизити ризики професійного вигорання та покращити загальний емоційний клімат у колективі. Важливо також впроваджувати систематичне підвищення кваліфікації персоналу, що дозволяє працівникам не тільки розширювати свій професійний репертуар, але й підвищувати свою впевненість у здатності справлятися з професійними труднощами.

Ще одним підходом є вплив на когнітивну оцінку працівників, що включає їх здатність і готовність до подолання професійно складних ситуацій. Психологічна підтримка в цьому випадку спрямована на підвищення трудової мотивації та оптимізацію сприйняття працівниками вимог своєї професії.

Важливо працювати над формуванням впевненості в їхніх силах, що дозволяє більш адекватно реагувати на зміни та труднощі. Крім того, важливим є подолання опору до організаційних та технологічних нововведень, оскільки інновації можуть спричиняти стрес через когнітивні стереотипи та нерозуміння змін. Для цього використовуються різноманітні методи корекції, зокрема техніки, що базуються на гуманістичних підходах у психології, що сприяють розвитку стресостійкості та адаптивності працівників.

Важливим аспектом є управління реакціями працівників на стресові чинники, пов'язані з професійною діяльністю та організаційним середовищем. В цьому контексті важливо формувати активну позицію щодо стресів, що виникають на роботі. Працівникам потрібно надавати можливість навчитися використовувати методи психологічного розвантаження, такі як медитація, релаксація, психічна саморегуляція та мобілізація внутрішніх ресурсів. Ці техніки допомагають зменшити емоційну напругу та адаптуватися до професійних викликів, підвищуючи загальну ефективність праці. Навчання раціоналізації ситуацій та створення умов для емоційного відновлення є необхідними елементами для зниження рівня дистресу і вигорання в довгостроковій перспективі.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш ефективних сучасних підходів до лікування та профілактики стресу, вигорання та інших психоемоційних розладів, зокрема серед медичних працівників. КПТ фокусується на зміні негативних думок і переконань, що можуть сприяти виникненню стресу та вигорання. Вона допомагає людям виявляти і коригувати дисфункціональні патерни мислення, що призводять до стресових реакцій. Методика включає в себе техніки когнітивної реструктуризації, а також навчання ефективним способам управління емоціями і стресом. У результаті працівники стають більш стійкими до стресових ситуацій, змінюють свою реакцію на професійні труднощі і здобувають нові ресурси для адаптації в складних умовах роботи [34].

До сучасних методів профілактики вигорання і стресу серед медичних працівників можна віднести такі:

1. Навчання саморегуляції і управління стресом. Техніки релаксації, медитації, йоги та психічної саморегуляції допомагають знизити рівень стресу та підтримувати емоційну рівновагу. Такі методи дозволяють медичним працівникам швидше відновлюватися після інтенсивних робочих змін, покращувати психічне та фізичне здоров'я.
2. Розвиток навичок тайм-менеджменту. Ефективне планування робочого часу, розподіл задач за пріоритетами, встановлення реалістичних цілей і завдань сприяють зменшенню стресу та уникненню перевантаження. Тайм-менеджмент дозволяє працівникам досягати більшого балансу між професійним і особистим життям, що є важливим аспектом профілактики вигорання.
3. Групові психологічні тренінги і підтримка колег. Тренінги з підвищення стресостійкості, розвитку соціальних навичок і емоційної підтримки дозволяють створити середовище підтримки та співпраці. Це може бути як індивідуальне консультування, так і групові сеанси, де працівники можуть обмінюватися досвідом, ділитися своїми переживаннями та отримувати позитивні зворотні зв'язки.
4. Психоедукація та інформування про вигорання. Важливою складовою профілактики є інформування медичних працівників про можливі симптоми вигорання та стресу, а також навчання методам їх подолання. Це допомагає їм вчасно виявляти негативні емоційні стани та запобігати подальшому розвитку вигорання.
5. Підвищення організаційної підтримки. Створення умов для психологічної підтримки на робочому місці, включаючи регулярні зустрічі з психологами, а також надання можливості для відпочинку та відновлення, є важливим аспектом профілактики стресу. Структуровані перерви, варіанти гнучкого

графіка та активне заохочення здорового способу життя можуть значно знизити рівень стресу серед медичних працівників [12].

6. Когнітивно-поведінкова терапія для колективів. КПТ також може бути адаптована до роботи з командами, де навчають співробітників змінювати спільні переконання і установки щодо роботи, комунікації і стресових ситуацій. Це дозволяє створити здорову робочу атмосферу, де кожен працівник має можливість зменшити рівень стресу і почуватися підтриманим [34].

Одним із новітніх напрямів у профілактиці стресу серед медичних працівників є інтеграція цифрових технологій у програми психологічного супроводу. Вебплатформи, мобільні додатки для ментального здоров'я, онлайн-консультації з психологами та чат-боти дозволяють надавати допомогу дистанційно та в зручній для працівника час. Це особливо актуально в умовах нестачі часу та обмеженого доступу до офлайн-ресурсів.

Цифрова підтримка дозволяє не лише зменшити бар'єри для звернення по допомогу, але й сприяє формуванню культури турботи про себе. Приклади успішного впровадження таких рішень показують, що гнучкі інструменти цифрової психопрофілактики можуть значно підвищити рівень психологічного благополуччя у сфері охорони здоров'я.

Крім того, перспективним напрямом є впровадження інтерактивних освітніх платформ, які дозволяють медичним працівникам у зручному режимі проходити навчання з тем профілактики стресу, саморегуляції, емоційного інтелекту та тайм-менеджменту. Такі курси не лише сприяють підвищенню обізнаності, а й формують відповідальне ставлення до власного психоемоційного стану як до важливої складової професійної діяльності.

Варто зазначити, що ефективна профілактика стресу неможлива без підтримки на рівні державної політики та системи охорони здоров'я. Формування нормативних стандартів психологічного супроводу, гарантії

доступу до кваліфікованої допомоги, а також фінансування програм профілактики вигорання є ключовими умовами сталого розвитку галузі. Роль держави полягає не лише у реагуванні на вже існуючі проблеми, але й у створенні передумов для запобігання кризовим станам у медичному середовищі.

Таким чином, профілактика вигорання і стресу серед медичних працівників включає в себе комплексний підхід, який поєднує індивідуальні психологічні методи, тренінги та організаційні заходи. КПТ є одним із основних інструментів для досягнення довготривалого результату, оскільки вона допомагає змінити спосіб сприйняття стресових ситуацій та дозволяє адаптуватися до постійно змінюваних умов праці.

Висновки до другого розділу

Проведене теоретичне та емпіричне дослідження емоційного вигорання та професійного стресу дозволило виявити ключові закономірності їхнього розвитку серед медичних працівників неврологічного профілю. Зокрема, було визначено, що стрес є суттєвим предиктором емоційного вигорання, а також що окремі компоненти вигорання тісно взаємопов'язані між собою.

Методологічна база дослідження включала використання опитувальника PSM-25 для вимірювання рівня стресу, шкали МВІ для оцінки емоційного вигорання та методики В.В. Бойка для виявлення фаз вигорання. Це дозволило комплексно оцінити як рівень емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистих досягнень, так і структуру розвитку вигорання через фази напруження, резистенції та виснаження.

Емпіричне дослідження було проведено з участю 30 жінок, з яких 26 – медичні сестри та 4 – лікарі віком від 19 до 65 років, що працюють у неврологічному відділенні Криворізької міської клінічної лікарні №2. Усі респондентки брали участь добровільно.

Аналіз результатів дозволив встановити значущі взаємозв'язки між рівнем стресу та проявами емоційного вигорання. Було виявлено, що підвищення рівня стресу асоціюється з посиленням емоційного виснаження, деперсоналізації та зниженням особистих досягнень. Також спостерігається чіткий зв'язок між стресом і всіма фазами вигорання за методикою Бойка — напруженням, резистенцією та виснаженням.

Окрему увагу заслуговують результати кореляційного аналізу з віковими показниками: з віком рівень стресу та емоційного вигорання значно знижується, зокрема за фазами Бойка (резистенція, виснаження), а молодші працівники виявляють вищу схильність до деперсоналізації. Це свідчить про те, що досвід та вік можуть бути захисними факторами у контексті професійного стресу та емоційного вигорання.

Отримані результати дослідження підкреслюють необхідність впровадження превентивних заходів для зниження емоційного вигорання та професійного стресу серед медичних працівників, особливо молодих, які виявляють вищий рівень вразливості до цих проявів. Доцільно впроваджувати навчання саморегуляції та управління стресом, розвиток тайм-менеджменту, групові психологічні тренінги та психоедукацію. Особливо ефективною може бути когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка допомагає змінити деструктивні переконання, розвинути адаптивне мислення та ефективні стратегії подолання стресу. Комплексна психологічна підтримка сприятиме покращенню емоційного стану персоналу, зниженню рівня вигорання та підвищенню якості медичного обслуговування.

ВИСНОВКИ

В результаті аналізу наукової літератури можна зробити висновок, що емоційне вигорання та професійний стрес є серйозними проблемами, що впливають на медичних працівників, особливо у сфері неврології. Ці явища зумовлені специфікою роботи, яка передбачає високий рівень емоційної напруги, відповідальність за життя пацієнтів та постійну необхідність приймати складні рішення у критичних ситуаціях. Медичні працівники, які працюють з пацієнтами, що страждають від хронічних чи важких неврологічних захворювань, часто стикаються з надмірним навантаженням та емоційним виснаженням. Проблеми, що виникають внаслідок такого стресу, включають зниження продуктивності праці, втомленість, а також ризик розвитку серйозних фізичних і психічних захворювань. В умовах, коли медичні працівники часто не отримують достатньої організаційної підтримки, а їхні ресурси обмежені, рівень вигорання може значно зрости.

Аналіз основних чинників емоційного вигорання свідчить про те, що його виникнення найчастіше пов'язане з особливостями організації праці та емоційного клімату в колективі. Серед найбільш впливових чинників виокремлюються нереалістичні часові рамки, надмірне робоче навантаження, нечітко визначені посадові обов'язки, недостатня комунікація та підтримка з боку керівництва, а також несправедливе ставлення до працівників. Усі ці фактори створюють хронічне емоційне напруження, що поступово призводить до виснаження ресурсів працівника. Особливо небезпечним є поєднання високих вимог із відсутністю достатніх ресурсів для їх виконання. Саме такий дисбаланс стає основою для розвитку вигорання, особливо в умовах, коли стресори мають постійний, а не ситуативний характер. Також важливу роль відіграють особистісні характеристики, зокрема перфекціонізм, невротизм і песимізм, які посилюють чутливість до зовнішніх стресових чинників. Конфлікти поглиблюють напруження, а відсутність чітких меж

відповідальності або суперечність між цінностями та робочими завданнями посилює психологічну нестабільність.

Емпіричне дослідження, проведене серед 30 медичних працівників неврологічного профілю, виявило наявність переважно середнього рівня емоційного вигорання та професійного стресу серед опитаних. Найвищі показники були зафіксовані за шкалами деперсоналізації та редукції особистих досягнень, що свідчить про виражене емоційне виснаження та втрату мотивації у значної частини респондентів. Згідно з методикою М. Бойко, у більшості учасників дослідження чітко сформована стадія резистенції, яка характеризується підвищеним психоемоційним напруженням, зниженням професійної емпатії, прагненням дистанціюватися від пацієнтів та поступовою втратою почуття задоволення від роботи. Саме на цій стадії вигорання набуває стійких ознак, а внутрішні ресурси особистості починають вичерпуватися, що потребує своєчасного втручання та впровадження заходів психологічної підтримки для запобігання подальшому поглибленню синдрому.

Отримані результати дослідження засвідчили наявність статистично значущого взаємозв'язку між рівнем емоційного вигорання та професійного стресу: працівники з високим рівнем вигорання демонструють нижчу ефективність, меншу задоволеність професійною діяльністю та частіше застосовують неефективні стратегії подолання стресу. Встановлено, що рівень стресу за шкалою PSM-25 має сильний негативний кореляційний зв'язок із віком, що свідчить про зниження стресового навантаження з віком. Аналогічні тенденції спостерігаються і щодо стадії резистенції та виснаження за методикою Бойко, а також щодо деперсоналізації що підтверджує зниження емоційного вигорання у старших працівників. Таким чином, вік відіграє захисну роль у подоланні професійного стресу й емоційного виснаження.

У межах дослідження було розроблено низку практичних рекомендацій, спрямованих на зниження рівня емоційного вигорання та професійного стресу

серед медичних працівників. Насамперед, рекомендовано впровадження тренінгів із саморегуляції, які допомагають працівникам краще усвідомлювати власні емоції та керувати ними у складних робочих ситуаціях. Не менш важливою є розбудова навичок тайм-менеджменту, що дозволяє ефективніше організувати робочий час і зменшити відчуття перевантаження. Крім того, групова психологічна підтримка та психоедукаційні програми сприяють зниженню відчуття ізоляції, нормалізують переживання працівників і забезпечують простір для емоційного розвантаження. Особливо ефективною в профілактиці та подоланні емоційного вигорання виявилася когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка навчає медичних працівників розпізнавати та змінювати деструктивні переконання, розвивати гнучкість мислення та адекватно реагувати на професійні виклики. Окрему увагу рекомендовано приділяти молодим фахівцям, які мають менший досвід, менш сформовані механізми подолання стресу та є значно вразливішими до емоційного виснаження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори / Д. Асонов // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2021. – Вип. 6, № 2. – С. 28–33. – DOI: 10.26766/pmgrp.v6i2.29.
2. Василик А. В., Дода О. Д. Професійна втома: чинники, наслідки та обов'язки роботодавців щодо відновлення працездатності працівників / А. В. Василик, О. Д. Дода // Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління. – 2019. – Т. 30 (69), № 3. – С. 130–135.
3. Василик А., Столярук Х., Булуй. Діагностика проблем і заходи подолання професійного вигорання працівників // Економіка. Управління. Інновації. – 2021. – № 1 (47). – С. 123–131.
4. Винокур В. А. Професійний стрес у медичних працівників та його попередження / В. А. Винокур // Рівненська газета. – 2014. – № 11. – С. 28–40.
5. Гоулман Д. Емоційний інтелект. Книжка, яка змінює уявлення про те, що означає бути розумним / Д. Гоулман. – Київ: Віват, 2019. – 512 с.
6. Костенко О. М. Стрес на робочому місці: колективний виклик: матеріали наук.-практ. конф. / О. М. Костенко. – Полтава: РВВ ПДАА, 2016. – 326 с.
7. Лазуренко О. О. Психологія професійного здоров'я фахівця: до проблеми профілактики емоційного вигорання та формування емоційної компетентності лікаря / О. О. Лазуренко // Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools. – 2016. – № 1 (13). – С. 140–154.
8. Маляр-Газда Н.М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодні. Проблеми клінічної педіатрії. 2015. №3. С.27-31.
9. Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я

/ Н. О. Марута, О. С. Чабан, Г. Ю. Каленська // Міжнародний неврологічний журнал. – 2019. – № 7 (109). – С. 22–29.

10. Методика «Шкала психологічного стресу PSM-25» (Лемура, Тесьє та Фільйон) \[Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://ni.biz.ua/7/7_14/7_146831_shkala-psihologicheskogo-stressa-PSM-.html](http://ni.biz.ua/7/7_14/7_146831_shkala-psihologicheskogo-stressa-PSM-.html) (дата звернення: 02.11.2024).

11. Наговські Е., Наговські А. Вигорання. Стратегія боротьби з виснаженням удома та на роботі / Е. Наговські, А. Наговські ; пер. з англ. С. Новікової. – Харків : Книжковий клуб «Клуб сімейного дозвілля», 2021. – 320 с.

12. Носенко В. М. Управління професійним стресом та профілактика дистресу і вигорання / В. М. Носенко // Проблеми екстремальної та кризової психології : зб. наук. пр. – Х. : НУЦЗУ, 2012. – Вип. 3, № 2. – С. 131–137. – Режим доступу: https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol3_2/11.pdf (дата звернення 10.04.2025)

13. Олійник М. Дослідження синдрому вигорання. КПТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні : практ. роб. / М. Олійник. – Львів, 2021. – 18 с.

14. Примуш Н.М. Психологічні особливості прояву синдрому професійного вигорання у медичних працівників в умовах COVID-19 // Тези доповідей ІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців" (м.Хмельницький, 22 квітня 2021р.) / гол. ред. Є.М.Потапчук та редколегія. Хмельницький: ХНУ, 2021. С.76-78.

15. Савка Ю. М., Сливка Я. Ш., Поляк-Митровка І. І. та ін. Синдром професійного вигорання у медичних працівників Ужгорода / Ю. М. Савка, Я. Ш. Сливка, І. І. Поляк-Митровка // Проблеми клінічної педіатрії. – 2018. – № 1 (39). – С. 66–72.

16. Синдром професійного вигорання у медичних працівників // Медична справа. Платформа «Медзаклад» \[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://medplatforma.com.ua/article/653-sindromprofesynogo-vigoryannya-u-medichnih-pratsvnikv> (дата звернення: 10.12.2024).
17. Снісар О. А. Значення проблемно-модульної технології навчання природничих дисциплін для формування професійної готовності медичних спеціалістів / О. А. Снісар // Актуальні проблеми природничо-математичної освіти в середній і вищій школі : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. – Херсон, 13–14 вересня 2012 р. – С. 218–219.
18. Снісар О. А. Проблема емоційного вигорання у медичних сестер та шляхи її подолання / О. А. Снісар // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. – 29 липня 2022 р. – Черкаси, Україна: МЦНД, 2022. – С. 283.
19. Труш О. М. Профілактика емоційного вигорання у працівників медичної сфери / О. М. Труш // Вісник клубу панкреатологів. – 2021. – Листопад. – С. 52–59. – DOI: 10.33149/vkr.2021.04.09.
20. Юр'єва Л. М. Професійне вигорання у медичних працівників. Формування, профілактика і корекція / Л. М. Юр'єва. – Київ : Сфера. 2004. – 272 с.
21. Cannon W. B. Stresses and strains of homeostasis // Am. J. Med. Sci. – 1935. – Vol. 189. – P. 13–14. – DOI: 10.1097/00000441-193501000-00001.
22. Freudenberger H. J. Staff burn-out // Journal of Social Issues. – 1974. – Vol. 30, № 1. – P. 159–165.
23. Friganović A., Selič P., Ilić B., Sedić B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review // Psychiatria Danubina. – 2019. – Vol. 31, Suppl. 1. – P. S21–S31. – Режим доступу:

https://www.psychiatriadanubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%201/dnb_vol31_noSuppl%201_21.pdf (дата звернення: 10.04.2025)

24. Ganster C. D., Rosen C. C. Work stress and employee health: A multidisciplinary review // *Journal of Management*. – 2013. – Vol. 39. – P. 1085–1122. – DOI: 10.1177/0149206313475815.
25. Leiter M. P., Maslach C. Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout // *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. – 2003. – Vol. 3. – P. 91–134.
26. Leiter M. P., Maslach C. *Burnout and engagement: Contributions to a new vision*. – 2017.
27. Maslach C. *A Multidimensional Theory of Burnout*. – 1998. – P. 68–85.
28. Maslach C. Burned-Out // *Human Behavior*. – 1976. – Vol. 9. – P. 16–22.
29. Maslach C. *Burnout: A multidimensional perspective*. – 1993.
30. Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout // *Journal of Organizational Behavior*. – 1981. – Vol. 2, № 2. – P. 99–113.
31. Maslach C., Leiter M. P. Burnout // In: *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. – Elsevier, 2016. – P. 351–357.
32. Maslach C., Leiter M. P. Teacher Burnout: A Research Agenda // In: Vandenberghe R., Huberman A. M. (Eds.). *Understanding and Preventing Teacher Burnout*. – Cambridge: Cambridge University Press, 1999. – P. 295–303.
33. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job Burnout // *Annual Review of Psychology*. – 2001. – Vol. 52, № 1. – P. 397–422.
34. Pietrangelo A. 9 CBT Techniques for Better Mental Health [Електронний ресурс] / A. Pietrangelo ; medically reviewed by T. J. Legg. – 12.12.2019. – Режим доступу: <https://www.healthline.com/health/cbt-techniques> (дата звернення: 10.02.2025).

35. Quick J. C., Cooper C. L. Stress and Strain. 2nd ed. – Oxford, UK: Health Press, 2003. – P. 75.
36. Quick J. C., Quick J. D. Organizational Stress and Preventive Management. – New York, NY: McGraw-Hill, 1984.
37. Sauter S. L., Murphy L. R., Hurrell J. J. Prevention of work-related psychological disorders: A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) // American Psychologist. – 1990. – Vol. 45. – P. 1146–1158. – DOI: 10.1037/0003-066X.45.10.1146.
38. Schnall P. L., Dobson M., Landsbergis P. Work, stress and CVD // In: Cooper C. L., Quick J. C. (Eds.). Wiley Handbook of Stress and Health. – Oxford, UK: Wiley Blackwell. – In press.
39. Scott E. Burnout Symptoms and Treatment [Электронный ресурс] / E. Scott ; medically reviewed by S. Gans. – 20.03.2020. – Режим доступа: <https://www.verywellmind.com/burnout-symptoms-and-treatment-3144510> (дата звернения: 10.02.2025).
40. Selye H. Stress in Health and Disease. – Boston, MA, USA: Butterworths, 1976.
41. Shanafelt T. D., Boone S., Tan L., Dyrbye L. N., Sotile W., Satele D., Sloan J., Oreskovich M. R. Recommended strategies for physician burnout, a well-recognized escalating global crisis among neurologists // Journal of Clinical Neurology. – 2020. – Vol. 16, № 2. – P. 191–200. – DOI: 10.3988/jcn.2020.16.2.191.
42. Wendy Dean 1, Simon Talbot 1, Austin Dean 1 Reframing Clinician Distress: Moral Injury Not Burnout 2019 Sep;36(9):400–402.

