

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

Кваліфікаційна робота магістра

на тему: **ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0531-13
спеціальності 053 - Психологія
Барковська Тетяна Вікторівна
Керівник: д.психол.н., професор Ткалич М.Г.
Рецензент: к.психол.н., доц. Железнякова Ю.В.

Запоріжжя - 2022

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ЗАПОРІЗЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« _____ » _____ 2022 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

_____ Барковська Тетяна Вікторівна _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема роботи Особливості емоційного вигорання медичних працівників під час війни

керівник роботи Ткалич М. Г. д. психол. н., професор кафедри психології
затвержені наказом ЗНУ від «20» 07 2022 року № 886-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити аналіз сучасних наукових уявлень щодо емоційного вигорання у медичних працівників серед праць вітчизняних та зарубіжних вчених; виявити сутнісні характеристики емоційного вигорання в умовах військового стану; сформулювати рекомендації щодо попередження та подолання емоційного вигорання у медичних працівників в умовах військового стану.

5. Перелік графічного матеріалу 3 малюнки

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Ткалич М. Г., професор		
Розділ 1	Ткалич М. Г., професор		
Розділ 2	Ткалич М. Г., професор		
Висновки	Ткалич М. Г., професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2022 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2022 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-червень 2022 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-серпень 2022 р.	Виконано
5	Написання висновків	вересень 2022 р.	Виконано
6	Передзахист	листопад 2022 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2022 р.	Виконано

Студент _____ Т.В.Барковська

Керівник роботи (проєкту) _____ М.Г.Ткалич

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О. М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 81 сторінка, 4 рисунка 77 джерел.

Об'єкт дослідження – емоційне вигорання як психологічний феномен в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження – професійний та емоційний аспект у процесі вигорання медичних працівників в умовах воєнного стану.

Мета роботи – здійснити теоретичне обґрунтування особливостей прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах військового стану, а також запропонувати відповідні рекомендації щодо зниження ймовірності виникнення синдрому вигорання.

Методи дослідження: теоретичні методи – історико логічне вивчення наукових праць, аналіз, порівняння, класифікація, систематизація теорій щодо емоційного та професійного аспекту прояву вигорання, та психологічних станів в умовах військового стану, узагальнення; проведено систематичний огляд літератури шляхом пошуку в PubMed, Google Scholar

Наукова новизна полягає дослідженні на теоретичному рівні емоційного та професійного аспекту синдрому емоційного вигорання медичних працівників в умовах військового стану.

Галузь використання: заклади охорони здоров'я.

БОЙОВИЙ СТРЕС, ВІЙНА, ЕКСТРЕМАЛЬНІ УМОВИ, ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ, МЕДИЧНА ДОПОМОГА, СТРЕСС

SUMMARY

Barkovska T. Characteristics of emotional burnout medical works during the war.

The qualifying work consists of Introduction, 2 Chapters, Conclusion, References (77 items, 47 of foreign origin). The qualifying work volume is 81 pages long, 67 of them – main text.

The qualification work provides a theoretical analysis of the development of emotional burnout syndrome among medical workers since the war. The master's thesis consists of two sections. Chapter 1 - model of emotional burnout syndrome, Chapter 2 - emotional states of workers during the war. The scheme of prevention and prevention of the development of this syndrome is presented.

The research object: emotional burnout as a psychological phenomenon in the conditions of martial law.

The research subject: the professional and emotional aspect in the process of burnout of medical workers in the conditions of martial law.

The research goal: carry out a theoretical substantiation of the peculiarities of the manifestation of emotional burnout in medical workers under martial law, as well as to offer appropriate recommendations for reducing the likelihood of burnout syndrome.

The research tasks are: theoretical methods - historical and logical study of scientific works, analysis, comparison, classification, systematization of theories regarding the emotional and professional aspect of the manifestation of burnout, and psychological states in the conditions of martial law, generalization; a systematic literature review was conducted by searching PubMed, Google Scholar

The scientific novelty consists in researching at the theoretical level the emotional and professional aspects of the syndrome of emotional burnout of medical workers under martial law.

Field of use: healthcare facilities.

Key words: combat stress, war, extreme conditions, emotional burnout, medical care, stress.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	9
1.1. Визначення емоційного вигорання у медичних працівників: формулювання, моделі, фази розвитку	9
1.2. Соціально-психологічні властивості професійної діяльності медичних працівників в умовах війни	18
1.3. Методики виміру та критерії оцінки синдрому емоційного вигорання.....	27
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	36
2.1. Стрес, травматичний стрес, бойовий стрес як основна причина емоційного вигорання під час війни.....	36
2.2. Аналіз дослідів щодо емоційного вигорання медичних працівників під час війни.....	44
2.3. Сучасні копінг-стратегії по запобіганню та подоланню емоційного вигорання.....	54
2.4. Теоретична модель синдрому емоційного вигорання медичних працівників під час війни.....	64
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73

ВСТУП

Актуальність. Проблема емоційного стану, в т.ч. емоційного вигорання медичних працівників постає особливо гостро на сьогодні в умовах військового стану в Україні. Під час військових дій надання медичної допомоги є невід'ємною частиною життя. Лікарі за цих умов працюють в небезпечних умовах – існує можливість вибухів, обстрілів, руйнувань лікарень; постійна загроза життю і здоров'ю самих медиків. Тобто, лікарі, працюючи в умовах війни стикаються з проблемою бойового стресу та бойової втоми. У всіх змінюються умови праці: змінюється логістика; перелік лікарських засобів, обладнання які необхідні для надання медичної допомоги; через бойові дії змінюються шляхи, терміни доставки препаратів; медична допомога надається за будь-яких умов, в тому числі при відсутності світла, води, обмеженої кількості медичних засобів. Пацієнти, які потребують медичної допомоги за умов війни звертаються за найближчою медичною допомогою в будь якому стані, з усіма видами патології в тому числі поранень, тобто змінюється категорія, стан, тяжкість, часто одночасна кількість пацієнтів. Все це вимагає від лікарів здебільшого повністю змінити вектор роботи: надання медичної допомоги не за профілем, в рази збільшується швидкість прийняття рішень. В регіонах, де відносно спокійно, не ведуться активні бойові дії, люди, які переселилися в інші регіони України, будуть отримувати послуги охорони здоров'я, що збільшує навантаженість на усіх медичних працівників. Одночасно, всі працівники медичної галузі, як і цивільне населення, стикаються з психологічними викликами війни: постійний стрес, невизначеність у часі, хвилювання за життя та здоров'я як власного так і близьких, безпосередній контакт із руйнуваннями та втратами, свідoctво насилля, зміна умов або місця перебування. Частина працівників не витримують та виїжджають з країни, що збільшує навантаженість на працівників які залишились. Тому вкрай важливо

зберегти психологічний стан медичних працівників, які приймають рішення працювати, виконувати свої професійні обов'язки.

Досить поширеною психологічною проблемою, з якою стикаються лікарі та медичні сестри це емоційне вигорання. Воно призводить до повної втрати працездатності, супроводжується частковим або повним виключенням емоцій у відповідь на травматичні для психіки впливи. За цих умов вкрай важливо і керівництву закладів, і самим працівникам знати перші симптоми вигорання, методи профілактики, відстежувати їх появу з метою недопущення виходу з роботи важливих кваліфікованих кадрів.

Вивченням загальних характеристик емоційного вигорання займалися Дж. Ферденбегер, Д. Джунг, К. Маслач і вітчизняні, зокрема: Л. Карамушка, Т. Титаренко, Л. Лотоцька-Голуб, Т. Зайчикова, О. Кравець, В.Толмачевська та ін. Окремим пластом досліджуються питання військової психології та бойового стресу сучасними вченими: Г. Бондарев, П. Круть, В. Пасько, П. Лісовський, В. Ягупов, В. Корнієнко, О. Кокун.

З огляду на те, що робота медичних працівників на сьогодні, в умовах війни, життєво важлива, насичена багатьма стресогенами, актуальним є питання проблеми емоційного вигорання у медичних працівників в контексті умов військового стану. Недостатній рівень теоретичного та практичного вивчення емоційного вигорання в умовах військового стану зумовили вибір теми нашого дослідження.

Об'єкт дослідження – емоційне вигорання як психологічний феномен в умовах воєнного стану.

Предмет - професійний та емоційний аспект у процесі вигорання медичних працівників в умовах воєнного стану.

Мета здійснити теоретичне обґрунтування особливостей прояву емоційного вигорання у медичних працівників в умовах військового стану, а також запропонувати відповідні рекомендації щодо зниження ймовірності виникнення синдрому вигорання.

Відповідно до мети роботи, були сформовані наступні завдання.

1. Здійснити аналіз сучасних наукових уявлень щодо емоційного вигорання в умовах військового стану серед праць вітчизняних та зарубіжних вчених.

2. Виявити сутнісні характеристики емоційного вигорання в умовах військового стану.

3. Сформулювати рекомендації щодо попередження та подолання емоційного вигорання у медичних працівників в умовах військового стану.

Методи дослідження:

теоретичні методи: історико логічне вивчення наукових праць, аналіз, порівняння, класифікація, систематизація теорій щодо емоційного та професійного аспекту прояву вигорання, та психологічних станів в умовах військового стану, узагальнення; проведено систематичний огляд літератури шляхом пошуку в PubMed, Google Scholar.

Наукова (теоретична) новизна: досліджено на теоретичному рівні емоційний та професійний аспект синдрому емоційного вигорання медичних працівників в умовах військового стану.

Практична значимість: уточнення змісту поняття синдрому вигорання в контексті умов військового стану та формулювання рекомендацій щодо шляхів попередження. Результати роботи можуть бути використані в закладах охорони здоров'я, адміністрацією для рекомендацій виконання на усіх рівнях надання медичної допомоги; на курсах підвищення кваліфікації лікарів на циклах спеціальності організація і управління охороною здоров'я.

Структура роботи: магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (77 найменувань). Основний обсяг роботи складає 67 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Визначення емоційного вигорання у медичних працівників: формулювання, моделі, фази розвитку

Особливе місце в житті кожної людини займає професійна діяльність, яка за часту є сенсом життя, в ній фокусуються його помисли та цілі. В процесі виконання професійної діяльності формуються особистісні якості, необхідні для тієї чи іншої спеціальності. Будь-яка професійна діяльність накладає психологічний відбиток на особистість людини, видозмінюючи її, як шляхом формування професіонала, так шляхом розвитку професійних деструкцій [44, 65].

Робота медичних працівників належить до найбільш складних професій, існує велика кількість специфічних вимог до людей цієї професії, її виконання відбувається в умовах постійного стресу [17, 165]. Однією з глобальних сучасних проблем з якою стикаються лікарі, медичні сестри та інші медичні працівники в усьому світі є проблема емоційного вигорання [16]. Синдром емоційного вигорання у медичних працівників належить до проблеми, яка була актуальною і в мирний час з причини негативних наслідків для професії. У зв'язку з військовою агресією, навантаження на медичних працівників збільшилося в рази, тому проблема вигорання ще більше загострилася. За інформацією дослідників, наявність емоційного вигорання відмічають у 30–90 % медичних працівників, серед лікарів високий рівень тривоги – 41 % випадків, та клінічно вираженої депресії – 26 % випадків; у 26 % лікарів періодично, а у 8% — часто з'являються суїцидальні думки; третина лікарів використовує медикаментозні засоби для корекції емоційної напруги [15; 16].

В науковій літературі психологічного та медичного профілю використовується чимало дескрипторів вигорання: емоційне вигорання, професійне вигорання, психічне вигорання, синдром вигорання, синдром емоційного вигорання, синдром професійного вигорання, staff burnout, burnout. Однак, це все різні формування стану фізичного, емоційного й розумового виснаження, яке виникає процесі трудової діяльності [44, 65].

Проблема емоційного вигорання досліджується вченими відносно недавно – близько п'ятдесяти років. Вперше термін вигорання (англ. - «burnout») описав американський психолог німецького походження Герберт Дж. Фрейденбергер (Нью-Йорк) в 1974 році, як певний стан психічного і фізичного виснаження, що виникає під впливом професійної діяльності [34]. Терміном «вигорання» Герберт Дж. Фрейденбергер характеризував психічний стан здорових людей, які працюють у безпосередньому контакті з клієнтами (пацієнтами), активно спілкуються, постійно перебувають в емоційно навантаженій атмосфері при виконанні професійних обов'язків. Термін вигорання застосовувався для характеристики психічного стану, як стану виснаження з почуттям власної марності.

В подальшому, професор психології, Каліфорнійського університету, Крістіна Маслач, деталізувала поняття терміну вигорання, розробила опитувальники, якими і зараз користуються сучасні дослідники. Крістіна Маслач на сьогодні є найавторитетнішою дослідницею вигорання. За її визначенням, вигорання є синдромом фізичного та емоційного виснаження, який супроводжується високим рівнем хронічного емоційного виснаження, високим міжособистісним стресом пов'язаним з роботою та почуттям зниження особистих досягнень [57]. Крістіна Маслач зазначає, що «вигорання» — це не втрата творчого потенціалу, не реакція на нудьгу, а скоріше емоційне виснаження, як відповідна реакція на тривалі професійні стреси міжособистісних комунікацій [7]. Її дослідження дещо змінили поняття «вигорання» і його структуру. Психічне вигорання трактується як професійна

криза, яка пов'язана з роботою в цілому, а не виключно з професійними міжособистісними взаєминами.

Модель вигорання, яку запропонувала Крістіни Маслач характеризується виникненням поєднання трьох груп симптомів різного ступеня проявів:

- емоційне виснаження (почуття виснаження, відсутності власних емоційних ресурсів);
- деперсоналізація (розвиток негативного ставлення до оточуючих, роздратованість, конфліктні ситуації);
- редукція персональних досягнень (зниження почуття компетентності в роботі, зменшення цінності своєї діяльності, негативне самосприйняття в професійній діяльності, байдужість до роботи).

Крістна Маслач та її колеги досліджують взаємодію людей у ситуаційному контексті та виділяють такі ситуативні чинники вигорання як значна кількість клієнтів, наявність негативного зворотного зв'язку від клієнта та відсутність особистісних ресурсів для подолання стресу.

Сучасними українськими дослідниками також вивчається тема емоційного вигорання. Доктор психологічних наук, професор у сфері організаційної та економічної психології, Людмила Миколаївна Карамушка (Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України) в своїх наукових працях описує вигорання, його перших дослідників Дж. Фрейденбергер, К.Маслач, підходи до вивчення даного синдрому, однак з трактовкою «професійне вигорання». Л.М. Карамушка розглядає синдром «професійного вигорання» як стресову реакцію або один із проявів стресу, що виникає внаслідок довготривалих професійних стресів середньої інтенсивності [7]. Інші вітчизняні науковці, які досліджували проблему вигорання, це: Т. Титаренко, Л. Лотоцька-Голуб, Т. Зайчикова, О. Кравець, В.Толмачевська та ін. Найвідоміший сучасний науковець-практик, який займається проблемою синдрому емоційного вигорання медичних працівників, методами його профілактики та подолання – Олег Созонтович Чабан, доктор медичних наук, професор, академік НАНВО України, лікар-психіатр вищої категорії, завідувач

кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ імені О.О.Богомольця.

Всесвітня організація охорони здоров'я також визнала синдром вигорання сучасною проблемою медичного суспільства. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, «синдром вигорання» (burnout syndrome) – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі та втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин із метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності та (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки. Цей синдром звичайно розцінюється як стрес-реакція у відповідь на безжалісні виробничі та емоційні вимоги, що відбуваються через надмірну відданість людини своїй роботі з супутньою цьому зневагою до сімейного життя або відпочинку» [11].

В міжнародних класифікаціях хвороб теж відображено синдром. За Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10) синдром емоційного вигорання належить до класифікаційної рубрики «Проблеми, пов'язані з труднощами подолання життєвих ускладнень та управління власним життям»: «Вигорання» (Z73.0), або «Розлади адаптації» (F43), або «Неврастенія» (F48). Згідно з роз'ясненням ВООЗ, його слід пов'язувати виключно з професійною діяльністю. Цей розлад описують як «хронічний стрес на робочому місці, з яким працівник своєчасно не впорався» (ВООЗ, 2019) [15].

В міжнародній статистичній класифікації хвороб та проблем 11 перегляду (МКХ - 11), вигорання визначено як синдром, пов'язаний із стресом на роботі, який не можливо подолати, та який характеризується комплексом трьох симптомів: почуття втоми або виснаження енергії, зростання негативного ставлення до роботи, та зниженням професійної працездатності. Таким чином, згідно МКХ-11, синдром вигорання вважається професійним захворюванням [40; 48].

Також існує думка щодо відношення синдрому емоційного вигорання до числа феноменів особистісної деформації внаслідок впливу негативних і психологічних переживань, високої емоційної насиченості, які пов'язані з довготривалими та інтенсивними міжособистісними взаємодіями [28].

Таким чином, емоційне вигорання - це стан фізичного, емоційного, розумового виснаження, вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на психотравмуючі впливи.

В сучасній літературі висвітлено різні моделі синдрому «емоційного вигорання» в залежності від підходу до динамічності цього явища. Факторні (структурно-соматичні, результативні) розглядають емоційне вигорання як стан, динамічні (процесуальні) – трактують це явище як динамічний процес, що розвивається в часі і має певні фази або стадії [1, 28; 44, 68].

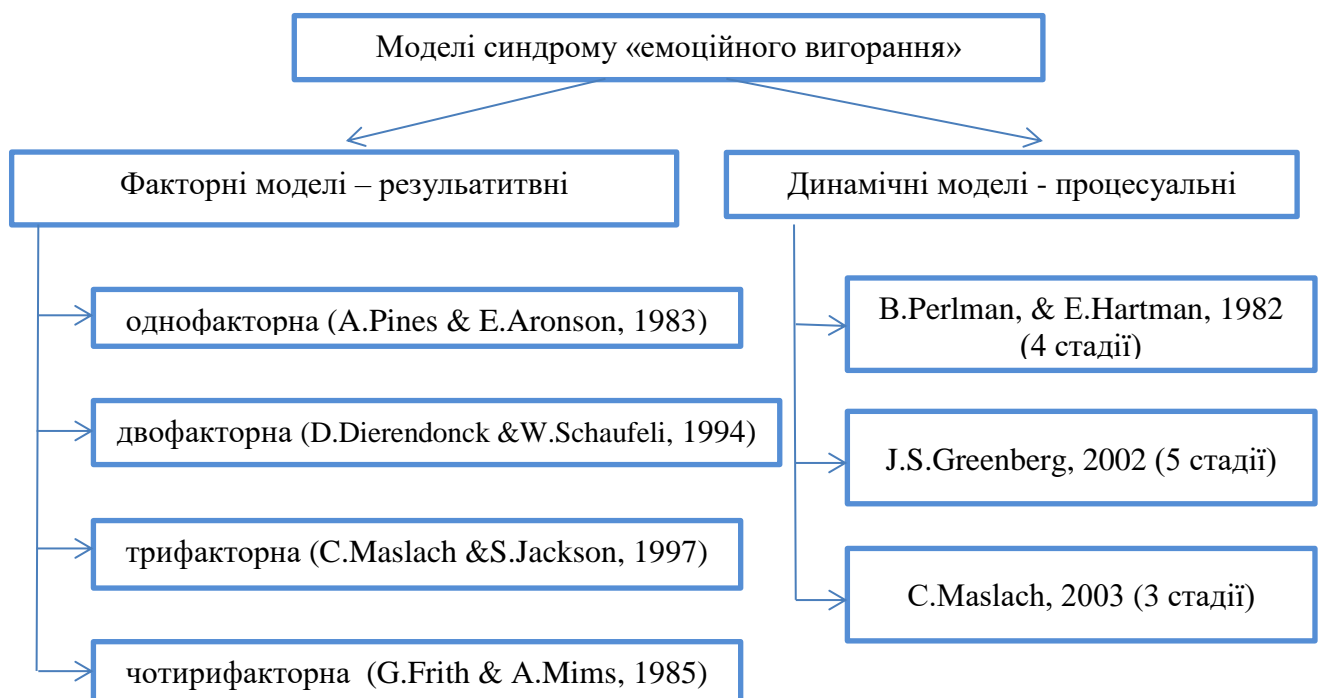


Рис. 1.1. Моделі синдрому емоційного вигорання

В рамках результативного підходу вигорання трактується як певний комплекс симптомів, які об'єднуються в більш великі блоки і який можна

реально оцінити. А тому з точки зору принципу єдності результуючої і процесуальної сторін будь-якого психічного явища, професійне вигорання можна розглядати як стан, який має певну міру виразності його структурних компонентів, які, таким чином, відображають результати змін, пов'язаних з певною особистістю [44, 68].

Однофакторна модель розглядає «емоційне вигорання» як стан фізичного, психічного і передусім *емоційного виснаження*, викликаного довготривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях спілкування (А. Pines та Е. Aronson, 1983). Однофакторна модель вигорання – синдром хронічної втоми. Виснаження є головною причиною (фактором), а інші прояви дисгармонії переживань і поведінки є наслідком. Наприклад, фізичне виснаження має прояви низького енергетичного рівня, слабкості, хронічним безсонням та ін. Емоційне виснаження – почуття безпорадності, безнадійності та обману, яке в екстремальному випадку може привести до емоційного вибуху. Когнітивне виснаження – розвиток негативних установок по відношенню до себе, своєї роботи та життя в цілому.

Двофакторна модель розглядає вигорання як складову по-перше, з *емоційного виснаження* (афективний компонент) та, по-друге, - з *деперсоналізації*, тобто погіршення ставлення до інших, а іноді й до себе (когнітивний компонент) (D. V. Dierendonck and W.B. Schaufeli, 1994). Визначальною причиною тут може невідповідність між очікуваннями та вимогами, які висуває професія.

Трифакторна модель є найпоширенішою, запропонована американськими дослідниками К. Маслач і С. Джексон (1997). Вони розглядають синдром «професійного вигорання» як трьохкомпонентну систему, котра складається з *емоційного виснаження, деперсоналізації та редуції власних особистих досягнень* (С. Maslach and S. Jackson). Спочатку вона була розглянута лише для сфери працівників медичної галузі, подальші дослідження були присвячені вчителям, вихователям, менеджерам, поліцейським тощо, тобто тих професіоналів спілкування, що повинні ввічливо та професійно

обслуговувати інших людей. Саме цьому була присвячена перша книга К.Маслач «Розуміння вигорання. Стрес на роботі та вигорання» (Maslach, 1982). Дана модель була покладена в основу психодіагностичного інструменту MBI (The Maslach Burnout Inventory), який було розроблено у 1981 р. К.Маслач із колегами (Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli, & Schwab, 1986; Maslach, Jackson, Leiter, 1997). Описуючи проблему вигорання, К.Маслач розуміє під емоційним вигоранням порушення «балансу» як у професійному житті, так і в особистому. Відчуваючи хронічне емоційне напруження та намагаючись якимось чином впоратися з ним, зменшити його, людина фізично і психологічно дистанціюється від своїх партнерів по спілкуванню.

Чотирифакторна модель (Г.Фірт із А. Мімс (G.Frith & A.Mims, 1985) – згідно якої вигорання трактується як фізичний та психологічний дискомфорт та складається з *емоційного виснаження, деперсоналізації професійної діяльності, деперсоналізації суб'єктів професійної діяльності, редуція особистих досягнень*. Ідея даної моделі полягає в тому, що один із компонентів, зокрема деперсоналізація, розглядається з двох аспектів: по-перше, як негативне відношення до професійної діяльності, і, по-друге, як негативна реакція на контакти з реципієнтами [1; 7; 44, 67].

Процесуальні моделі емоційного вигорання розглядають вигорання як динамічний процес, що розвивається в часі і має певні фази або стадії. В науковій літературі висвітлено різні підходи до стадійності процесу вигорання [44, 68].

Згідно з процесуальною моделлю Б. Перлмана і Е. Хартмана (B.Pearlman, & E.Hartman, 1982) процес вигорання налічує **чотири стадії**. На першій стадії цієї моделі умови адаптації викликають напругу, яка не припиняється; на другій стадії, напруга посилюється до стресового рівня; на третій стадії з'являються реакції основних трьох класів (фізіологічні, афективно-когнітивні, поведінкові); на четвертій стадії хронічний психологічний стрес переходить в багатогранне переживання вигорання у вигляді фізичного та емоційного виснаження [44, 68].

Дж. Грінберг (J.S.Greenberg, 2002) розглядає професійне вигорання як прогресуючий процес з **п'яти стадій**. На першій стадії – спостерігається задоволеність роботою, ентузіазм, однак, поступово у міру продовження робочих стресів професійна діяльність починає приносити все менше задоволення. На другій стадії – з'являються втома, апатія, проблеми зі сном, втрачається інтерес до роботи, продуктивність знижується. Третя стадія – з'являються хронічні симптоми. Четверта стадія – стадія кризи – незадоволеність ефективністю своєї роботи та якістю життя, можливий розвиток хронічних захворювань. На п'ятій стадії – «прибивання стіни» – фізичні та психологічні проблеми переходять у гостру форму і можуть спровокувати виникнення небезпечних захворювань, при цьому продовження кар'єри у людини знаходиться під загрозою.

К. Маслач (C.Maslach, 2003) виділила **три стадії** вигорання. Перша стадія реалізується на рівні виконання функцій, у вигляді деяких збоїв, забування певних моментів, провалів у пам'яті (може бути сформована протягом трьох-п'яти років). На другій стадії спостерігається зниження інтересу до роботи, потреб у спілкуванні, поява стійких соматичних симптомів (немає сил, енергії, особливо до кінця тижня, головні болі вечорами, збільшення числа застудних захворювань), підвищена дратівливість (від п'яти до п'ятнадцяти років). Для третьої стадії – особистісного вигорання - характерні повна втрата інтересу до роботи і до життя в цілому, емоційна байдужість, відчуття постійної відсутності сил (в середньому від п'яти до п'ятнадцяти років). На перших двох стадіях «професійного вигорання» індивідуум може «відновитися», але, щоб повернутися до нормального життя, йому необхідно або навчитися жити з тим, що є, або змінити ситуацію. К. Маслач наголошує, що людина, яка повністю «вигоріла», ймовірно, не зміниться, але для того щоб остаточно стверджувати це, необхідні додаткові дослідження [7, 279; 44, 68].

Серед українських психологів та дослідників популярною процесуальна модель синдрому емоційного вигорання, яка складається з **трьох фаз**: фаза напруження, фаза резистенції, фаза виснаження.

1. Фаза напруження характеризується усвідомленням формування психотравмувальних чинників в процесі професійної діяльності. В наслідок реальної або уявної неможливості усунення психотравмувальних чинників починає виникати почуття незадоволеності професією, посадою, власною особистістю, ознаки тривожно-депресивного стану, надалі — відчуття безвиході, фаталізму ситуації.

2. Наступна фаза - фаза резистенції – спостерігається накопичення певного рівня дистресу, починають запускатися захисні стратегії, наприклад: емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, економія емоцій поза професійною діяльністю, спроби зменшити кількість особливо енерговитратних професійних обов'язків.

3. Останній етап - фаза виснаження, характеризується зниженням емоційного тону, астенизацією організму, різкою виразністю дисоціативних процесів, емоційна відчуженість, особистісна відчуженість, психосоматичні порушення [1, 29].

Емоційне вигорання – це складний і багатовимірний феномен, який можна розглядати як процес, що відбувається поступово і залежить від сукупності різноманітних факторів.

Розвиток емоційного вигорання – суто індивідуальний і має відмінності в емоційно-мотиваційній сфері, а також в умовах, де протікає професійна діяльність людини. Описані моделі вигорання, при наявності в своїй структурі однакових компонентів, вказують на відсутність єдиної точки зору як на визначення емоційного вигорання, так і на механізми його розвитку. Немає однозначної думки і в питанні наслідків досліджуваного синдрому: одні дані говорять про те, що, впливаючи на всі підструктури, вигорання являє собою повний регрес професійного розвитку. У той же час ряд дослідників має більш оптимістичний погляд на питання розвитку професійного вигорання.

1.2. Соціально-психологічні властивості професійної діяльності медичних працівників в умовах війни

Професійна діяльність медичних працівників пов'язана з безпосередньою дією сильних різноманітних стресогенних факторів які можуть бути класифіковані як провідні патогенні професійні фактори. Це і високе виробниче навантаження, напруженість роботи, очікування ускладнень у стані хворих, безперервний аналіз, перебування в ситуаціях які потребують мобілізації всіх психічних і мислених можливостей для успішного вирішення поставлених завдань [15; 23, 35].

В лікарнях, через безпосередній контакт із зараженими пацієнтами, їх кров'ю та іншими біологічними рідинами медичні працівники знаходяться перед реальною загрозою для власного фізичного здоров'я. Фактори виробничого середовища безпосередньо впливають не тільки на ризик зараження на інфекційні захворювання, а, і на розвиток професійних захворювань [23, 35].

На психологічне навантаження в професійній діяльності медичних працівників впливає відповідальність за здоров'я і життя пацієнтів, спілкування з важкохворими, вмираючими та їх близькими [23, 35]. Вагомим стресорним аспектом для лікарів є можлива відсутність терапевтичного успіху. Відповідно, до групи високого ризику розвитку емоційного вигорання належать ті фахівці, робота яких пов'язана з пацієнтами з невиліковними, або помираючими, або хронічними захворюваннями [15].

До синдрому емоційного вигорання і професійних деформацій у медичних працівників призводить поєднання несприятливих факторів, щодо їх фізичного стану з високими психологічними перевантаженнями, недостатністю якісного відпочинку, величезною відповідальністю та невідповідністю винагороди праці [23, 35].

Надзвичайно висока важливість дослідження проблеми емоційного вигорання у медичних працівників, є «ціна помилки» їхньої професійної діяльності – це є людське здоров'я, а то й життя [23, 35].

Ядром майбутнього синдрому емоційного вигорання у медичних працівників розглядаються три компоненти у вигляді клінічних проявів професійного стресу:

1. Емоційна виснаженість — стан спустошення, близький до так званої *anaesthesia dolorosa psychica* (болючої/скорботної психічної нечутливості).

2. Цинізм (деперсоналізація) — холодне, бездушне, негуманне ставлення до пацієнта, бачення в ньому не живої людини, комплексної особистості, а лише «організму», об'єкта певних дій.

3. Редукція професійних досягнень — почуття власної некомпетентності, знецінення свого професійного досвіду, відсутність перспектив.

До цих глобальних симптомів також можуть приєднуватися різні додаткові симптоми та різноманітні масковані (соматизовані) форми [23, 37].

Медичні працівники – лікарі, медичні сестри, під виконання своїх професійних обов'язків постійно мають справу зі смертю і стражданнями інших людей. Для цієї професії вкрай актуальною проблема «невключення» своїх почуттів у ситуацію пацієнта [23, 43]. Однією з основних причин емоційного вигорання у медичних працівників є емпатія – здатність розуміти емоційний стан пацієнта та співпереживати йому. Оскільки медична діяльність пов'язана зі здоров'ям та якістю життя людини, працівники галузі, в яких розвинене почуття емпатії, особливо гостро можуть реагувати на наслідки своєї професійної діяльності. Симптоми емоційного вигорання проявляються, коли лікар довго віддає занадто багато енергії і не має достатньо часу, щоб його поповнити [37].

Питання виокремлення та класифікації чинників що сприяють виникненню емоційного вигорання або таких, що його гальмують є актуальним. Серед основних чинників вигорання сучасні науковці виділяють такі групи: організаційні, соціальні, психологічні, особистісні [1, 29].

Організаційні чинники - пов'язані з труднощами та відповідальністю на робочому місці. Наприклад: час, що витрачається на роботу, невизначений зміст трудової діяльності, високі вимоги роботи до працівника: продуктивність, професіоналізм, відповідальність, підготовка, характер керівництва, що не відповідає змісту роботи.

До **соціальних чинників** належить також престижність медичної професії в суспільстві, невизнання справжніх заслуг лікаря, конфлікти між колегами, неповажне ставлення пацієнтів. Іншими чинниками ризику соціального походження є переживання несправедливості, соціальна незахищеність, політична та економічна нестабільність соціуму, нерівність соціальних взаємин.

Біологічні та соціально-демографічні чинники - вік, стать, тривалість роботи. До індивідуальних соціальних чинників, що прискорюють емоційне вигорання лікарів, належать: стать (жінки більш схильні до емоційного вигорання); вік (молодші лікарі більш схильні до емоційного вигорання); вік дітей (наявність дитини віком до 21 року також пов'язана з підвищенням ризику емоційного вигорання на 53 %; професія партнера / партнерки (якщо партнер(ка) зайнятий не в медичній сфері, це підвищує ризик вигорання на 23 %; витрати на освіту; сімейний стан [1, 29].

Емоційні, психологічні чинники - пов'язані з особливостями характеру особи та когнітивних схем, за допомогою яких людина інтерпретує події життя. Робота практикуючих лікарів передбачає велику емоційну амбівалентну насиченість. З одного боку, це можуть бути задоволення з приводу успішно проведеного лікування, схвалення і повага колег; з іншого боку, часто зустрічається пригнічення через помилки в діагнозі, напруженість діяльності, втома, розчарування в професії тощо [1, 29]. Також є очікування з боку пацієнтів та їхніх родичів не тільки як на спеціалістів які вирішують фізіологічні проблеми, але як на людей, від яких вони отримують співчуття, розуміння та емпатію. До індивідуальних психологічних чинників ризику дослідники відносять інтроверсію, знижену соціальну активність, соціальну

дезадаптованість, внутрішню спрямованість інтересів і хобі, надмірну дратівливість та агресивність, авторитарність, знижену самооцінку та низьку самоповагу, крайнощі емпатичної відповіді - або надзвичайно низьку, або ж, навпаки, надзвичайно розвинену емпатію. Дослідники виявили зв'язок емоційного вигорання з різними акцентуаціями характеру - педантизм пов'язаний зі схильністю до знецінення власних професійних досягнень, збудливий тип акцентуації пов'язаний з більшою емоційною виснажливістю та схильністю до деперсоналізації. Є дані, що складові емоційного інтелекту та самоефективність (self-efficacy) слугують захисними чинниками та зменшують ознаки емоційного вигорання [1, 30].

У галузі охорони здоров'я дуже важливим є отримання медичними працівниками позитивних відгуків від пацієнтів та колег по роботі - відсутність цих позитивних відгуків породжує значний ризик розчарування у професії і, як наслідок, початок емоційного вигорання.

Існує низка станів людини, які значно зменшують мотиваційний потенціал, це і психічні навантаження і стомлення, депресія. Відчуття тривоги і депресії є також симптомом емоційного «вигорання».

Особистісний чинник – морально-етичні проблеми, розв'язання яких залежить від індивідуальних якостей лікарів. Б. Перлман і Є. Хартман як особистісні фактори емоційного вигорання розглядають: інтроверсію, реактивність, авторитаризм, низьку самоповагу, низький рівень емпатії, трудоголізм, поведінкову реакцію на стрес, незадоволеність професією і професійним ростом [13, 61].

Чинник середовища. На емоційний стан медичних працівників безпосередньо впливає атмосфера в колективі, відношення між колегами, прагнення до взаємодопомоги. Раціонально складений графік роботи і розпорядок дня в лікувальному закладі, можливість користуватися новими технологіями, прогресивними методами лікування дозволяють фахівцеві почуватися комфортно і максимально розкрити свій потенціал [13, 61].

В умовах війни до перелічених, досліджених багатьма науковцями чинників, додаються такі фактори як особисті та опосередковані загрози. Виконуючи свої професійні обов'язки, в умовах військового стану, медичні працівники безпосередньо стикаються із типовими загрозами, які призводять до емоційного вигорання (надмірне навантаження, брак сну, відсутність самостійності, рівень шуму, змінні вимоги, етичні дилеми), так і з додатковими (особиста загроза, симптоми посттравматичного стресового розладу пов'язаного з роботою) [31].

Сучасні військові конфлікти, та виникненні як наслідок гуманітарні катастрофи, відбуваються в умовах коли військові групування нехтують безпекою та життям медичних працівників, грубо та безкарно порушують міжнародне гуманітарне право [37, 2517].

Характер нападів свідчить про те що медичні працівники і медичні заклади часто постають військовими цілями [37, 2519; 39]. Під час військових конфліктів спостерігається переслідування медичних працівників у вигляді: нападів на медичні заклади, казні, загроза тюремного ув'язнення, викрадення, тортури. В умовах війни медичні працівники, як і всі інші, знаходяться не тільки під впливом значного ризику виникнення стресових станів, нервово-психічних розладів, а й безпосередньої загрози здоров'ю та життю [12, 75]. Негативні впливи викликають виснаження ресурсів організму, знижують працездатність, сприяють розвитку міжособистісних конфліктів, порушень дисципліни тощо, що є свідченням розвитку емоційного вигорання. Тривала робота у таких напружених обставинах призводить до дезадаптації та зниження стійкості організму, що ускладнюється відсутністю впроваджених заходів щодо запобігання та зменшення негативного впливу [12, 75].

Дослідження, яке проводила Комісія Американського університету в Бейруте по Сирії, дослідила атаки на медичні заклади з 2012 року. Було виявлено чітку схему застосування зброї. Аналіз нападів в районах Алепо, Хами, Ідлиба, Гути, Хомса показав закономірність повторних нападів з метою перекрити доступ до медичної допомоги. Кількість нападів на лікарні та

машини швидкої допомоги постійно зростає. [37, 2519]. Зіткнувшись із загрозою, незахищеністю, економічною кризою, велика частина медичних працівників або втекли, або добровільно емігрували, що викликало значний дефіцит людських ресурсів [37, 2519].

Дослідження науковців підтверджують що лікарі через емоційний вплив, який вищий за інші професії, схильні ризику виникнення емоційного вигорання [33]. Під час розвитку емоційного вигорання у професіонала настає своєрідне зникнення або деформація емоційних переживань, які є невід'ємною частиною всього життя. Також починають проявлятися симптоми такі як втома і виснаження після активної професійної діяльності, психосоматичні проблеми, наприклад, коливання артеріального тиску, головні болі, симптоми з боку травної та серцево-судинної систем, безсоння [1, 30; 23, 43; 33].

Усі прояви емоційного вигорання можна розподілити за такими групами симптомів: фізичні, емоційні, поведінкові, інтелектуальні, соціальні [23, 46].

Фізичні симптоми емоційного вигорання:

- втома, фізичне стомлення, виснаження;
- зміна ваги;
- недостатній сон, безсоння;
- поганий загальний стан здоров'я, в тому числі за відчуттями;
- ускладнене дихання, задишка, нудота, запаморочення, надмірна пітливість, тремтіння, підвищення артеріального тиску;
- виразки і запальні захворювання шкіри;
- хвороби серцево-судинної системи.

Емоційні симптоми емоційного вигорання:

- нестача емоцій;
- песимізм, цинізм і черствість у роботі й особистому житті;
- байдужість, втома;
- відчуття безпорадності та безнадійності;
- агресивність, дратівливість;

- тривога, посилення ірраціонального занепокоєння, нездатність зосередитися;

- депресія, почуття провини;

- істерики, душевні страждання;

- втрата ідеалів, надій або професійних перспектив;

- збільшення деперсоналізації своєї чи інших — люди стають безликими, як манекени;

- переважає почуття самотності;

Поведінкові симптоми емоційного вигорання:

- робочий час більше 45 годин на тиждень;

- під час роботи з'являється втома і бажання відпочити;

- байдужість до їжі;

- мале фізичне навантаження;

- виправдання вживання тютюну, алкоголю, ліків;

- нещасні випадки — падіння, травми, аварії та ін.;

- імпульсивна емоційна поведінка;

Інтелектуальний стан:

- втрата інтересу до нових теорій та ідей у роботі, до альтернативних підходів у вирішенні проблем;

- нудьга, туга, апатія, втрата смаку та інтересу до життя;

- більша перевага надається стандартним шаблонам, рутині, ніж творчому підходу;

- цинізм або байдужість до нововведень;

- мала участь або відмова від неї в розвиваючих експериментах — тренінгах, освіті;

- формальне виконання роботи;

Соціальні симптоми емоційного вигорання:

- низька соціальна активність;

- втрата інтересу до дозвілля, захоплень;

- соціальні контакти обмежуються роботою;

- мізерні відносини на роботі і вдома;
- відчуття ізоляції, нерозуміння інших та іншими;
- відчуття нестачі підтримки з боку сім'ї, друзів, колег.

З точки зору інструмента оцінки вигорання, емоційне вигорання є важким станом виснаження, пов'язаним з роботою, що характеризується крайньою втомою, дисфункцією та порушенням здатності регулювати емоційні та когнітивні процеси, а також розумове дистанціювання. Таким чином, виснаження та розумове дистанціювання можна вважати основними параметрами вигорання. Вигорання є посередником у відносинах між вимогами роботи та проблемами зі здоров'ям. Багато досліджень також показали, що це негативно впливає на фізичний і психічний добробут робітників. У тих, хто страждає від емоційного вигорання, діагностовано депресивний та/або тривожний розлад [61].

Вигорання не є психологічним розладом, але його симптоми мають як фізичний, так і психологічний вплив. До фізичних симптомів вигорання, можна віднести найбільш поширені симптоми які безпосередньо впливають на працездатність людини: проблеми шлунково-кишкового тракту, частий головний біль, серцево-судинної системи, підвищений кров'яний тиск, зниження імунної функції, проблеми зі сном.

Оскільки основною причиною вигорання є хронічним стресом, в організмі такої людини спостерігаються загальні симптоми стресових реакцій. Хронічний стрес може відчуватися фізично у вигляді сильнішого болю, низького рівня енергії та змін апетиту.

До психологічних симптомів психічного вигорання належать: проблеми з концентрацією, депресія, почуття марності, втрата інтересу чи задоволення, суїцидальні думки [67].

Предметом наукових суперечок є питання, чи є емоційне вигорання формою депресії та/або тривоги. Деякі симптоми вигорання нагадують симптоми депресії (наприклад, втрата інтересу чи задоволення, депресивний настрій, втома чи втрата енергії, порушення концентрації уваги, почуття

марності, знижений чи підвищений апетит, проблеми зі сном, суїцидальні думки), але також може існувати причинно - наслідковий зв'язок між симптомами емоційного вигорання та депресії. Крім того, симптоми вигорання можуть також нагадувати симптоми тривоги, призводячи до психологічного дистресу та впливаючи на повсякденну діяльність людини [61]. Окремі наковці стверджують, що вигорання - це просто атиповий депресивний розлад, інші: що вигорання і депресія не перетинаються і являють собою «дві різні міцні конструкції». Хоча дискусії на цю тему тривають, але симптоми депресії та емоційного вигорання часто виникають одночасно і розвиваються в тандемі [44].

Емоційне вигорання має негативні наслідки, і для самих працівників, і для пацієнтів, і для галузі в цілому.

Особисті наслідки вигорання: зниження продуктивності медичних працівників, низька самооцінки професійної компетентності, погіршення фізичного здоров'я, вимушені зміни діяльності, психосоціальні труднощі, небажання удосконалювати свої знання ті навички.

У відношенні з пацієнтами це означає зниження якості наданої медичної допомоги, байдужість до пацієнтів, недовірливе ставлення до медицини взагалі, конфлікти з іншим медичним персоналом.

Для галузі охорони здоров'я в цілому емоційне вигорання медичних працівників впливає на погіршення якості медичної допомоги, звільнення кваліфікованих працівників, зниження показників здоров'я населення, негативне ставлення до медичної сфери [16]. Емоційне вигорання окремого працівника не відбувається окремо від колективу. Як що в колективі з'являється у однієї людини така проблема, то це, як сніжний ком, поступово накриє усіх інших співробітників.

1.3. Методики виміру та критерії оцінки синдрому емоційного вигорання

Питання розроблення інструментарію для дослідження психічних особливостей людини посідають важливе місце як у науковій так і у практичній психології. Застосування опитувальників, тестів, анкет тощо допомагає отримати інформацію щодо появи симптомів емоційного вигорання, та іншої інформації для запобігання розвитку цього стану. У психологічній науці методи дослідження розділяються на дві групи:

- методи непрямой взаємодії з досліджуваним (Unobtrusive Measures) – досліджуваний не знає про те, що він є учасником дослідження;
- активні методи (Reactive Methods) – активна участь досліджуваного за допомогою використання опитувальників, інтерв'ю, тестів [21, 89].

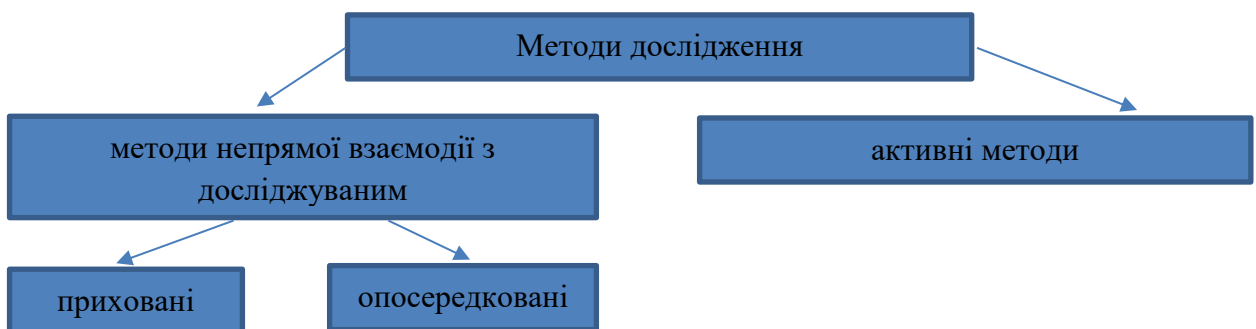


Рис. 1.2. Методи дослідження емоційного вигорання

У більшості досліджень щодо визначення емоційного вигорання використовується опитувальник **Maslach Burnout Inventory (MBI)**, в деяких літературних джерелах має назву Методика «Синдром «вигорання», який на сьогодні є золотим стандартом, широко використовується в емпіричних дослідженнях, та зазвичай є основою для розроблення інших тестових методик [21, 90]. Науковцями було підраховано, що опитувальник MBI використовується в 88% всіх публікацій про вигорання [69]. Опитувальник MBI дає можливість визначити основні компоненти синдрому емоційного

вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізація і зниження особистих досягнень. Методика «Синдром «вигорання» у професіях системи «людина — людина» розроблена для дослідження вигорання тих категорій фахівців, які працюють в системі «людина — людина», насамперед менеджерів, медичних, педагогічних працівників [7].

На сьогодні розроблено та використовуються п'ять версій опитувальника МВІ:

- МВІ-GS (загальна - для оцінки загального суспільства);
- МВІ-HSS (адаптована для працівників соціальних служб);
- МВІ-HSS (MP) (адаптована для медичних працівників);
- МВІ-ES (адаптована для працівників освіти);
- МВІ-GS (S) (адаптована для студентів).

Методика дослідження МВІ компактна, включає 22 запитання. Кожна підшкала містить кілька запитань із можливістю вибору частоти оцінки: Ніколи, Кілька разів на рік або рідше, Раз на місяць або рідше, Кілька разів на місяць, Раз на тиждень, Кілька разів на тиждень або Щодня.

Результати дослідження науковці часто поділяють на «вигорання» та «не вигорання», але загальноприйнятого стандартного визначення немає. Загальний підхід передбачає, що особи мають принаймні один симптом вигорання, якщо вони мають високі оцінки за субшкалами EE (загальний бал 27 або вище) або DP (загальний бал 10 або вище). Докази свідчать про те, що високі показники за цими субшкалами можуть відрізнити клінічне вигорання від невиворання, оскільки цей підхід визначає осіб, чий ступінь вигорання піддає їх підвищеному ризику потенційно серйозних особистих і професійних наслідків. Альтернативний підхід передбачає, що особи вигорають, якщо вони мають високий бал EE плюс високий бал DP або низький бал PA (бал PA менше 33).

На підставі результатів опитування, може бути розроблена програма подолання емоційного вигорання як для окремої людини, так і для цілого колективу. Опитувальник МВІ можна використовувати під час проведення

консультацій та тренінгів, для діагностики та самодіагностики, у проведенні емпіричних досліджень [7; 21, 90; 53].

Сучасні науковці надають критичні зауваження опитувальнику MBI, в тому числі і неможливість надати точну та комплексну картину вигорання, наявність технічних та психометричних недоліків, низька можливість практичного застосування [69]. Іншими науковцями запропоновано кілька альтернативних опитувальників з емоційного вигорання.

Стенфордський індекс професійної самореалізації – Stanford Professional Fulfillment Index (PFI) — це опитування з 16 запитань, яке охоплює професійне вигорання (втома від роботи та міжособистісне відокремлення) і професійну самореалізацію. Варіанти відповідей наведені за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «зовсім не вірно» до «цілком вірно» для питань професійної самореалізації та від «зовсім не» до «надзвичайно» для питань виснаження роботою та міжособистісної незалученості).

Елементи вимірювання: професійна реалізація (питання 1-6), виснаження роботою (питання 7-10), міжособистісні взаємини (питання 11-16). Елементи оцінюються від 0 до 4. Кожен вимір розглядається як безперервна змінна. Оцінки за шкалою розраховуються шляхом усереднення балів за всіма пунктами відповідної шкали. Тоді оцінки за шкалою можна помножити на 25, щоб створити діапазон шкали від 0 до 100. Вищий бал за шкалою професійного виконання є більш сприятливим. Навпаки, вищі оцінки за шкалами виснаження роботою або міжособистісної незалученості є менш сприятливими. Дихотомічні категорії вигорання визначаються на основі середнього балу (діапазон від 0 до 4) усіх 10 пунктів вигорання (втома від роботи та міжособистісна незалученість), використовуючи граничну точку 1,33. Рекомендується дихотомічне професійне удосконалення при середньому граничному показнику за предметом $>3,0$.

PFI був розроблений для використання лікарями. Кореляція між оцінкою підшкали виснаження роботи PFI та оцінкою підшкали емоційного виснаження Maslach Burnout Inventory становила 0,72. Кореляція між показником

міжособистісної незалученості PFI та балом підшкали деперсоналізації інвентаризації вигорання Маслача становила 0,59. Кореляція між балом професійного виконання PFI та оцінкою субшкали особистих досягнень Maslach Burnout Inventory становила 0,46. Порівняно з інвентаризацією вигорання Maslach, чутливість і специфічність шкали вигорання PFI у виявленні тих, хто страждає на вигорання, становила 72% і 84% відповідно, а AUC становила 0,85. Шкали PFI також корелювали в очікуваних напрямках з балами, пов'язаними з порушенням сну, депресією та тривогою в Інформаційній системі вимірювання результатів, за якими повідомляють пацієнти (PROMIS), і з балами якості життя BREF Всесвітньої організації охорони здоров'я, шкали PFI продемонстрували достатню чутливість для виявлення очікуваних наслідки двоточкової (діапазон 8-40) зміни при порушенні сну [53; 73].

Індекс добробуту (Well-Being Index (WBI)) розроблено з метою визначення рівня дистресу у різних вимірах (вигорання, втома, низька психічна/фізична якість життя, депресія, тривога/стрес). Понад 800 медичних організацій використовують індекс добробуту для вимірювання та підтримки добробуту персоналу <https://www.mywellbeingindex.org/>

Інструмент представляє собою опитувальник із 7 або 9 пунктів із категоріями відповідей «так/ні».

Загальний бал обчислюється додаванням кількості відповідей «так». У вибірці лікарів, студентів-медиків і працівників США кожне підвищення балу на один бал призводило до поступового збільшення ймовірності дистресу та ризику несприятливих особистих і професійних наслідків. Для версії з 7 пунктів діапазон балів становить від 0 до 7, а пороговий бал для ідентифікації осіб у біді становить 4 або вище для студентів-медиків, 5 або вище для резидентів, 4 або вище для практикуючих лікарів і 2 або вище для інших США робітників. У розширеній версії з 9 пунктів вихідні 7 пунктів оцінюються традиційним способом, при цьому відповіді на значення роботи та задоволеність елементами

балансу між роботою та особистим життям призводять до додавання або віднімання 1 балу, 1 призводить до діапазону балів -2 до 9.

7-пунктовий індекс благополуччя (WBI) спочатку був розроблений для використання студентами-медиками. Розробка включала внесок експертів, кореляційний аналіз попередньо проведених оцінок і багатоетапний процес перевірки. Після початкової розробки студентів-медиків, ефективність WBI була підтверджена. При пороговому значенні 4 або вище специфічність WBI для виявлення студентів-медиків із сильним дистресом становила 88-91% з чутливістю 59-93%. WBI було перевірено в національній вибірці з жителів США в 2012 році. При пороговому значенні 5 або вище специфічність індексу для ідентифікації мешканців із низьким розумовим рівнем якості життя, високою втомою або нещодавніми суїцидальними думками становила 84%. Оцінка також стратифікувала медичні помилки, про які мешканці повідомляли самі. WBI також було перевірено на національній вибірці лікарів США. При пороговому значенні 4 або вище специфічність індексу для виявлення лікарів із низьким психічним рівнем якості життя, високою втомою або нещодавніми суїцидальними думками становила 86%. Оцінка також стратифікувала задоволеність кар'єрою, повідомлення про намір залишити поточну практику та самооцінку медичних помилок. У 2014 році WBI з 7 пунктів було перевірено на вибірці з працівників США та лікарів США, а WBI з 9 пунктів було розроблено та протестовано. 9 пунктів було створено з метою виявлення людей, які процвітають, і включало питання, що досліджують задоволеність інтеграцією в робоче життя та сенс роботи, обидва з яких можуть пом'якшити зв'язок між стресом, пов'язаним з роботою, і психологічним розладом. WBI з 9 пунктів передбачив низький і високий рівень якості життя, високу втому, нещодавні думки про суїцид і виснаження в обох зразках [32; 53].

Іспанський опитувальник вигорання (SBI) (Gil-Monte, 2019) є одним із найбільш поширених опитувальників для оцінки вигорання, застосовувався в різних країнах Європи для оцінки вигорання на роботі, був розроблений для

вирішення проблем, пов'язаних з МВІ та іншими опитувальниками, що оцінюють виснаження.

Теоретична модель вигорання, розроблена Гіл-Монте базується на концепції, згідно з якою професійне вигорання є реакцією на хронічний стрес на роботі, який виникає в основному через проблемні міжособистісні стосунки на роботі, які характеризуються чотирма симптомами: когнітивне погіршення (низький ентузіазм щодо роботи), емоційне погіршення (психологічне виснаження), ставлення та поведінка байдужості, небайдужості, замкнутості та в деяких випадках почуття провини. SBI складається з 20 запитань, розділених на чотири підшкали:

1) Ентузіазм щодо роботи: бажання людини досягти цілей на роботі, оскільки це джерело особистого задоволення. Ця шкала подібна до шкали особистих досягнень МВІ.

2) Психологічне виснаження: поява емоційного та фізичного виснаження через те, що йому або їй доводиться щодня мати справу з людьми на роботі, які створюють проблеми. Ця шкала подібна до шкали емоційного виснаження МВІ.

3) Лінь: поява негативного ставлення байдужості та цинізму до клієнтів організації. Ця шкала подібна до шкали деперсоналізації МВІ.

(4) Почуття провини: поява почуття провини через негативне ставлення, сформоване на роботі, особливо щодо людей, з якими він або вона встановлює робочі відносини. Це новий вимір, доданий до концепції вигорання (Gil-Monte та ін., особливо по відношенню до людей, з якими він або вона встановлює робочі відносини).

Модель SBI виділяє два профілі розвитку вигорання. В обох ставлення та поведінка лінощів розуміються як стратегія подолання, яка виникає для боротьби з емоційним і когнітивним погіршенням. Деяким фахівцям ця стратегія подолання дозволяє їм контролювати рівень напруги, але інші фахівці вважають такий спосіб дій неадекватним і розвивають почуття провини. Профіль 1 характеризується низьким ентузіазмом по відношенню до роботи, високим рівнем психологічної виснаженості та небайдужістю. Особи, які

відповідають Профілю 1, помірно страждають від стресу, пов'язаного з роботою, і вони можуть виконувати свою роботу, не відчуваючи дуже сильного почуття провини (тобто критичного рівня). Однак Профіль 2 характеризується більш серйозними проявами вигорання та використанням бездіяльності як дисфункціональної стратегії подолання [61].

Методика «Оцінка власного потенціалу «вигорання» (Дж. Гібсон) дає можливість дослідити такі основні компоненти «вигорання»: деперсоналізацію; особисту задоволеність; емоційне виснаження. Кожний із компонентів «вигорання» аналізується за трьома рівнями розвитку: низький, середній, високий. Методика включає всього 18 питань і може бути використана для оперативного дослідження синдрому «вигорання» та розробки відповідних корекційних програм. Досліджуваним пропонується обрати на кожне запитання одну із 6 відповідей. За кожним компонентом «вигорання» підраховується середній бал, а потім за ключем проводиться визначення рівня "вигорання" (низький, середній, високий) [8, 16].

Методика «Дослідження синдрому «вигорання» (Дж.Грінберг) допомагає виявити рівні вираженості синдрому (високий, середній та низький). Дана методика містить 20 запитань. Досліджуваним пропонується обрати для кожного запитання одну із запропонованих відповідей: «згоден» або «не згоден». Інтерпретація проводиться шляхом аналізу суми балів за рівнями «вигорання»: низький (0-7 балів), середній (8-14 балів), високий (15-20 балів). Її доцільно використовувати для найпростіших досліджень, які дають можливість зорієнтуватися в наявності проблеми [8, 16].

Методика «Самооцінка стійкості до стресу» - розроблена у Київській медичній академії і призначена для виявлення самооцінки стійкості до стресу. При профілактиці та діагностиці емоційного стану особливе значення надається стійкості до стресу, яка є відображенням одночасно психічного та соматичного рівня здоров'я особистості. Стійкість до стресу показує ризик дезадаптації особистості при стресогенних обставинах, тобто коли система емоційного

відображення функціонує в критичних умовах, викликаних зовнішніми та внутрішніми чинниками.

Методика може застосовуватись:

- у якості самостійної психологічної методики;
- у комплексі з іншими методиками такого ж спрямування.

Методика містить 18 тверджень, кожне з яких має трьохбальну шкалу відповідей, які відібрані за результатами оцінки надійності та валідності. Отримання кінцевих результатів відбувається шляхом підрахунку суми отриманих балів. За балами визначається рівень стійкості до стресу. Методика належить до типу «олівець-папір» і допускає як групове, так і індивідуальне використання у вигляді анкетного опитування. Час заповнення бланку не фіксується. Чим менша загальна кількість балів, тим вища стійкість до стресу, і навпаки [8, 15].

Під час проведення прикладних досліджень в організації науковці рекомендують використовувати 2 - 3 методики з метою взаємоперевірки та взаємо доповнення отриманих даних [8, 15].

Розроблені методики дослідження емоційного вигорання, спрямовані на виявлення двох аспектів емоційного вигорання:

- визначення наявних компонентів «емоційного вигорання» та стадій сформованості емоційного вигорання у фахівця (методика «Оцінка власного потенціалу "вигорання» (Дж. Гібсон)),
- дослідження проявів та симптомів емоційного вигорання у фахівця на міжособистісному, особистісному та мотиваційному рівнях (методика «Дослідження синдрому «вигорання» (Дж. Грінберг)).

З усього вищезазначеного можна зробити наступні висновки.

Емоційне вигорання у медичних працівників є загально визнаною проблемою в медичному середовищі. У науковців є різні уяви щодо моделей синдрому вигорання як до процесуальних, так і до факторних, що свідчить про подальше дослідження даної проблеми.

Емоційне вигорання – це синдром, який виникає в наслідок хронічного стресу у працівників під час виконання професійних обов’язків. Перші симптоми виникають непомітно, але на кінцевому етапі – це призводить до зниження продуктивності, виснаження організму людини та поступової втрати професіонала суспільством.

На появу і розвиток емоційного вигорання у медичних працівників впливають безліч чинників: організаційні, соціальні, біологічні, соціально-демографічні, емоційні, психологічні, особистісні чинники. Вагомою причиною розвитку емоційного вигорання у медичних працівників є наявність емпатії. Під час війни, найвагомніше місце серед чинників розвитку цього синдрому, посідає стресовий чинник з причини роботи медичних працівників в умовах безпосередньої особистої та опосередкованої загрози, через надмірне навантаження, здебільшого зміну умов, ритму, характеру праці, критичний стан пацієнтів. Однак, питання особливостей появи і розвитку емоційного вигорання у медичних працівників під час війни, науковцями не досліджено.

На сьогодні існує безліч методик щодо визначення наявності і рівня емоційного вигорання. Окрім надрукованих у науковій літературі, є комп’ютерні програми з відповідними онлайн-опитувальниками. Здебільшого ці опитувальники є англomовними, що може бути перепорою для українських споживачів.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Стрес, травматичний стрес, бойовий стрес як основна причина емоційного вигорання під час війни

За умов активних бойових дій в Україні, у всіх мешканців нашої країни, не залежно від місця знаходження, професії, виду діяльності, спостерігається підвищений стресогенний стан. Також, як було зазначено вище, під час війни, стрес є додатковим, найбільш вагомим чинником емоційного вигорання.

Першим досліджував стрес видатний канадський учений - фізіолог Ганс Сельє, який вважається засновником науки про стрес. Він дав визначення стресу як універсальній реакції організму на різні за своїм характером подразнювачі (стресори) [17, 66]. За видами стресори розподіляються на дві групи: фізіологічні та психологічні. Психологічні, в свою чергу також розподіляються на емоційні та інформаційні.

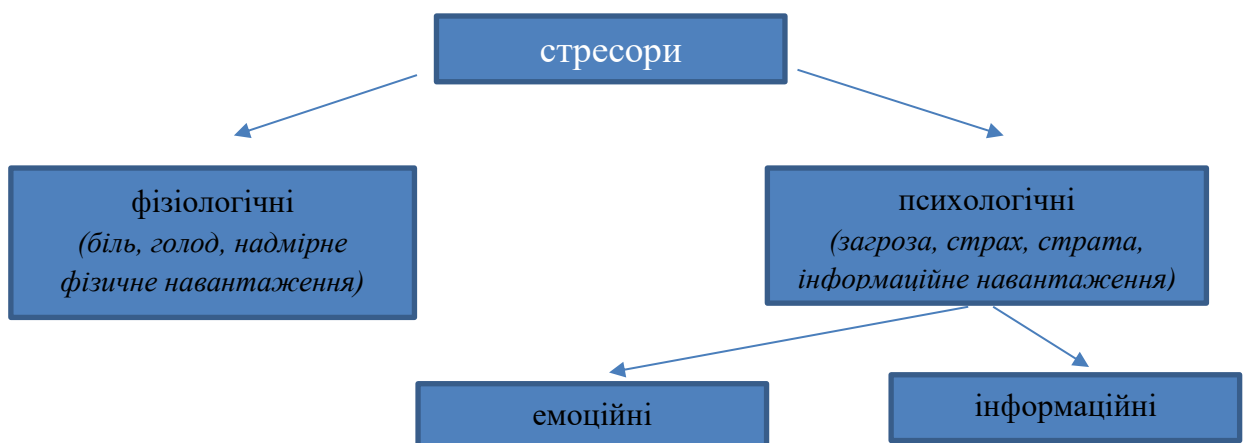


Рис. 2.3. Класифікація чинників стресу (за видами)

Відповідно до розподілу стресорів, науковці виділяють види стресу: фізіологічний і психологічний, психологічний стрес включає в себе емоційний, інформаційний та комунікативний види стресу [10, 26].

Ганс Сельє визначив у людини три стадії реакції на стрес:

1. Реакція тривоги (alarm reaction), запускається реакція боротьби або втечі, активується симпатична нервова система, яка мобілізує функціональні резерви для боротьби зі стресом. З фізіологічних проявів спостерігаються типові фізіологічні прояви, такі як прискорення серцебиття і дихання, пригнічення травлення, мідріаз, тунельне бачення, треміння тощо.

2. Спротив або адаптація (resistance/adaptation) – включається гіпоталамо-гіпофізарно-адреналова вісь: відбувається виділення кортизолу, стимулюється метаболізм глюкози, пригнічується імунна система; встановлюється рівновага. Фізіологічні прояви у вигляді зниження працездатності й бажання виконувати будь-яку фізичну активність, зростання апетиту й інші неспецифічні прояви.

3. Виснаження (exhaustion) – виникає у разі, якщо організм більше не може протидіяти стресу і його ресурси виснажилися - стадія, що супроводжується почуттям спустошення. Зазвичай причиною цього є тривалий стрес або стрес, який постійно повторюється. В цій стадії зазвичай розвивається хвороба як наслідок виснаження адаптаційних резервів. Прояви подібної дезадаптації різноманітні й стосуються емоційної, когнітивної та соматичної сфер [10, 15; 66].

У відповідь на вплив стресу, в тому числі і як наслідок емоційних переживань, в організмі людини відбуваються фізіологічні зміни, які також безпосередньо впливають на здатність ефективно здійснювати свою діяльність.

Професійний стрес - виражається в специфічних реакціях на ситуації які виникають в процесі трудової діяльності людини [14, 209]. Специфічні особливості професії медичних працівників є безумовною причиною професійного стресу. Це і величезна відповідальність за життя й здоров'я пацієнтів, і перебування в «полі» негативних емоцій (страждання, болю,

відчаю, роздратування), і нерівномірний та ненормований режим роботи з нічними та добовими чергуваннями [17, 172].

Згідно з дослідженнями Г. Купер і Д. Маршалл виокремлено наступні джерела стресу медичних працівників:

- трудова діяльність (перевантаження, погані фізичні умови праці, дефіцит часу, необхідність самостійного прийняття рішення);

- роль працівника в організації (рольова невизначеність, рольовий конфлікт, відповідальність за інших людей, мала ступінь участі у прийнятті рішень в організації);

- взаємини на роботі (взаємовідносини з керівництвом, підлеглими, колегами; труднощі в делегуванні повноважень);

- ділова кар'єра (професійна «неуспішність», ранньої відставки, статус невідповідності, відсутність гарантованої роботи, невідповідність рівня домагань даного професійного статусу)

- організаційна структура та психологічний клімат (неефективне консультування, обмеження свободи поведінки, інтриги)

- організаційні джерела стресів (проблеми що виникають в сімейному житті, розподіл часу, перенесення криз з однієї ситуації в іншу, мобільність працівника) [19, 211].

Додатковими факторами стресу є різні надзвичайні (форсмажорні) ситуації які можуть приймати різноманітний характер [17, 158].

Симптоми стресу у медичних працівників не мають особливої специфічності і можуть варіювати в широкому діапазоні – від легких реакцій типу дратівливості, підвищеної стомлюваності і т.д. до невротичних і навіть психосоматичних розладів у самих лікарів. Велике значення відіграють тип нервової діяльності і риси особистості [17, 173].

В період військових дій стресорами виступають травматичні події - екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний наслідок, ситуації загрози життю для самого себе або близьких [17, 182].

У сучасних дослідженнях розглядається питання особливостей професійної діяльності, яка пов'язана з дією різних надзвичайних по складності факторів, тобто в екстремальних умовах. Поняття екстремальний (в перекладі з лат. – крайність) вживається для об'єднання понять максимуму і мінімуму, коли порушується звичний режим праці і відпочинку людини, психічні та інші перевантаження досягають меж, за якими можуть слідувати перевтома, нервове виснаження, повний зрив діяльності, афективні реакції, психогенії. Вплив екстремальних умов може бути не тільки прямою загрозою життю і здоров'ю людини, а й опосередкованої - очікування її реалізації [19, 208] .

Виконання професійних обов'язків в екстремальних умовах супроводжується негативним впливом на психіку несприятливих, дискомфортних, загрозливих та руйнівних стрес-факторів, що в подальшому негативно відобразиться на стані здоров'я людини. Робота в екстремальних умовах має не тільки значні ризики виникнення стресових станів, психічної дезадаптації і нервово-психічних розладів, а й загрозу зіпсувати здоров'я або, навіть, втратити життя. Ці впливи є вкрай руйнуючими для організму, призводять до виснаження ресурсів, зниження працездатності, порушень дисципліни, що викликає зниження стійкості організму, розвиток нервово-психічних перенапруг та стійких негативних психічних станів [19, 209] .

Загроза фізичному здоров'ю є лише одним із джерел стресу для медичних працівників. Охорона здоров'я під час криз є складною через неналагоджену співпрацю з місцевою владою, міжнародними організаціями та неурядовими організаціями. Медичні працівники повинні одночасно навчитися працювати між собою та з іншими організаціями. Інші джерела стресу включають свідомість травматичних подій, великі робочі навантаження, несподівані адміністративні та викладацькі обов'язки, відсутність чітких інструкцій, відсутність наставництва/лідерства, мовні/культурні бар'єри та обмежені ресурси, що призводить до неякісного догляду за пацієнтами. Такі стресори сприяють вигоранню, тривожності, депресії та посттравматичному стресовому розладу у медичних працівників. Риси характеру такі як високий рівень

мотивації, гнучкість, здатність до адаптації, емоційна стабільність, навички самообслуговування, вміння працювати в команді та міждисциплінарний фон характеризують медичних працівників, які успішно справляються з проблемами кризової роботи. Організації з надання допомоги та інші роботодавці мають набирати людей із цими рисами та розробляти програми навчання для подальшого розвитку цих рис та розвитку стійкості медичних працівників. Психологічні дебрифінги після кризової роботи також можуть допомогти медичним працівникам пережити травму та полегшити траєкторію зростання після стресових переживань, і їх слід вважати необхідними.

У випадках, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері аналогічні фізичним порушенням, стрес вважається травматичним. В цьому випадку порушується когнітивна модель миру, система пам'яті, емоційні шляхи пізнання, докорінно порушується відчуття безпеки. В якості стресора виділяються травматичні події – екстремальні кризові стани з негативними наслідками, стани загрози життю людини або близьких [10, 42].

Травматичний стрес – це особливого роду переживання як результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу, коли виникає загроза власному життю або життю близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу «Я». Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки нормального людського досвіду [10, 32; 17, 182].

Науковці визначають характеристики травми, яка може викликати травматичний стрес:

1. Людина визнає що подія відбулась, розуміє що саме та через що в нього погіршився психологічний стан;
2. Зовнішні причини;
3. Подія змінює звичайний стан життя;
4. Подія викликає почуття жаху та безпорадності [10, 42].

Психологічна реакція на травму зазвичай відбувається в три етапи:

- перший – фаза психологічного шоку – має прояви у вигляді пригнічення активності, дезорганізації діяльності та заперечення того, що сталося;

- другий – вплив – спостерігаються виражені емоційні реакції на подію і її наслідки, наприклад, сильний страх, жах, тривога, гнів, плач, звинувачення, поступово ці емоції змінюються реакцією критики або сумнівами в собі.

- третій - нормальне реагування - відбувається фіксація на травмі і подальший перехід постстрессового стану в хронічну форму [17, 184].

Порушення, які відбуваються після психологічної травми впливають на всі рівні функціонування людини в тому числі, фізіологічний, особистісний, міжособистісний та призводять до стійких змін особистості, не тільки у людей які безпосередньо пережили стрес, а і у їх близьких.

Результати досліджень довели, що стан який відбувається під впливом травматичного стресу не підлягають жодній з наявних в клінічній практиці класифікацій. Також було виявлено, що наслідки травми можуть з'явитися несподівано, через багато років.

На сучасному етапі розвитку, військова психологія розглядає стрес як процес, який виводить психологічні та фізіологічні функції за межі діапазону їх стійкості, викликаючи почуття напруженості.

Бойовий стрес є основною реакцією військовослужбовця на бойові події, відмітною особливістю якого є наявність стресфакторів бойової обстановки. В умовах воєнних дій стан бойового стресу переживає кожен, починаючи до прямого контакту з реальною загрозою і до виходу із зони конфлікту [10, 42].

В загальному розумінні, бойовий стрес розуміється як багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, який супроводжується напругою механізмів реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Бойовий стрес, є дестабілізуючим станом, передпатологічним, який обмежує функціональний резерв організму, збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій [10, 46].

Динаміку станів бойового стресу і вираженість їх проявів визначає взаємодія стресорів оточуючої обстановки з ступенем розвитку особистісного адаптаційного потенціалу. Під впливом бойового стресу з метою подолання життєнебезпечної ситуації мобілізуються всі системи життєдіяльності організму: імунна, захисна, нервова, психічна систем [10, 42].

Відповідно до задіяного рівня життєдіяльності, виокремлюються рівні бойового стресу:

- біохімічний (гормональні зміни);
- фізіологічний (об'єм легенів – кисень, очі – різкість і дальність зору, звуження артерій – тиск крові, перерозподіл кров'яних потоків – збільшення енергопостачання, сили м'язів);
- психофізіологічний (симпатична і парасимпатична нервова система);
- психологічний (звуження свідомості, концентрація на небезпеці, відчуття тривоги – готовність; мотивація);
- соціально-психологічний (діяльнісне опосередкування спілкування, його згорнутість, зниження етичного статусу) [10, 47].

Існують специфічні форми бойового стресу: нетравматичний стрес; травматичний (бойова психічна травма); посттравматичний стрес.

У бойовій обстановці головні причини психологічного стресу є загроза життю та відповідальність за виконання завдання; невизначеність майбутнього; дефіцит часу для прийняття рішень при виконанні завдань.

Додатковими стресовими факторами є невідповідність рівня професійних навичок вимогам, психологічна невідповідність до виконання конкретного завдання, невпевненість у надійності захисту, відсутність довіри до командування, фактори ізоляції.

У кожної людини, реакція на стресори бойової обстановки, залежить від їх значимості для учасника подій і особливостей його копінг-поведінки. Значимість впливу на психіку тих чи інших бойових стресорів визначається його індивідуально психологічними особливостями і особистісними якостями,

професійною та психологічною готовністю до ведення бойових дій, характером і рівнем бойової мотивації, особливостями сприйняття місця і ролі бойових дій в історії та перспективі його системи життєдіяльності.

Ефективність копінг-поведінки залежить від рівня його активності, спрямованої на протидію негативному впливу стрес-факторів бойової обстановки, характеру використаних ним способів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на психіку, поведінку і життєдіяльність в цілому, від наявності у військовослужбовця досвіду поведінки, спрямованої на подолання стресу в бойовій обстановці та його змісту.

В період ведення бойових дій у учасників подій виникають психічні стани: бойова стресова реакція (початковий прояв дезадаптаційних розладів), бойова втома та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також реактивні стани як найважчі форми бойової психіатричної патології.

Бойова і оперативна стресова реакція (combat and operational stress reaction) та бойова втома (combat (battle) fatigue) – це первинна нормальна реакція на ненормальний стрес бойових дій. Бойова і оперативна стресова реакція - це загальні терміни, що охоплюють можливі реакції учасників бойових дій.

У випадку наявності стресової реакції, які потребують допомоги використовується термін бойова втома. Важливу роль відіграє здатність самих учасників військових подій та їх найближчого оточення адекватно оцінювати стан людини, виявляти ті симптоми, які свідчать про розвиток стресу.

Бойова стресова реакція на першому етапі розвитку виявляється у вигляді індивідуальної нездатності людини виконувати професійні обов'язки.

Чим скоріше буде надана допомога людям, які при виконанні професійних обов'язків під час військових дій, відчувають бойову втому або бойову стресову реакцію, тим більше шансів на швидке відновлення. Психологічні особистісні людини можуть затримати або ускладнити реабілітацію після таких станів.

Ранньою ознакою і симптомом бойового стресу є будь-яка поведінка людини, яка тривалий час відрізняється від звичної раніше. Тому в умовах бойових дій, усім ланкам керівництва необхідно знати своїх підлеглих, постійно спостерігати і бути готовим помітити будь-які раптові, тривалі чи прогресуючі зміни в їх поведінці, що несуть потенційну загрозу безпеці та функціонуванню колективу.

Для кожної людини воєнні дії – це ситуація перманентної психотравматизації, яка на учасників подій впливає подвійно: і сприяє емоційному виснаженню, але, разом з тим, може мати і позитивний вплив на учасників успішної бойової діяльності. Серед позитивних змін можна виділити: зростання професіоналізму, підвищення умілості, досвідченості, відбувається переоцінка цінностей, формуються нові пріоритети, підвищується соціальний статус.

Проведені науковцями дослідження бойового стресу в «афганській» і «чеченській» війнах, виявили, що дійсно, у 20% військовослужбовців, які протягом 6-ти місяців перебували в бойовій обстановці, підвищуються адаптивні здібності, бійці стають стійкими, обстріляними, здатними успішно протистояти противнику. 43% воїнів не мали помітних емоційно-поведінкових змін. Однак у 36,1% - виникає «стійка соціально-психологічна дезадаптація» [10, 56].

За даними науковців, бойова психічна травма займає значне місце в структурі бойових поразок, в 3-4 рази збільшує психічну захворюваність в армії і від 10 до 50 % послаблює боєздатність збройних сил [10, 62].

2.2. Аналіз дослідів щодо емоційного вигорання медичних працівників під час війни

Аналіз наявних досліджень з питань емоційного вигорання медичних працівників під час війни було здійснено за допомогою пошуку наукових публікацій в PubMed, Google Scholar. Кількість досліджень щодо розвитку

емоційного вигорання в умовах війни, які проведені на військових набагато більше ніж на медичних працівниках в цих умовах [76, 1006]. На сьогодні, під час російського вторгнення в Україну, інформація про психічний стан медичних працівників в Україні, є інформацією з обмеженим доступом в т.ч. і з причини важкості збору даних в умовах війни [60]. Але, цей факт ніяк не впливає на виникнення або не виникнення досліджуваної проблеми – емоційне вигорання. Під час роботи були проаналізовані результати досліджень розвитку емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни, які були проведені в Сполучених Штатах Америки серед медичних працівників які знаходились на військовій службі в Іраку або Афганістані, Сирії, та два дослідження лікарів в Україні під час сьогоднішньої війни. Також, з метою аналізу виникнення емоційного вигорання у медичних працівників, які виконують свої професійні обов'язки в екстремальних умовах, проведено аналіз публікацій щодо стану медичних працівників під час пандемії COVID-19/

Дослідження щодо вигорання в умовах війни проводились в Сполучених Штатах (з причини перебування цієї країни у стані війни більше десяти років, а також через характер Глобальної війни з тероризмом (GWOT)). Відповідно попит на ресурси системи військової охорони здоров'я в цій країні, постійно зростає. Наприклад, з 2000 по 2013 рік 23 742 військовослужбовців були евакуйовані з операцій «Іракська свобода» (OIF)/ «Нова зоря» (OND) і «Незламна свобода» (OEF) за медичними показаннями. І за цей же час було зареєстровано приблизно 250 000 випадків черепно-мозкової травми (у одного військовослужбовця могло бути більше одного інциденту) і приблизно 130 000 нових випадків посттравматичного стресового розладу. Крім того, військові психіатри, зокрема, можуть піддаватися більш високому ризику вигорання, ніж ті, хто займається лікуванням цивільних осіб, через більш високу поширеність їх пацієнтів, які страждають травматичними стресовими розладами. Також існує деякий рівень збоїв через плинність кадрів і керівництва через часту зміну місця служби серед діючих співробітників [65, 136].

Тереза А. Волтерс, Ерік П. Метьюз, Джейсон І. Дейлі, в 2014 році опублікували результати дослідження поширеності вигорання серед медичних працівників (бойових медиків, лікарів та фельдшерів) повітряно-десантної дивізії у зв'язку які знаходились на військовій службі в Іраку або Афганістані не менше 1 місяця [76]. Дослідження проводилось за допомогою опитувальників MBI та AWS.

Середні бали підшкали MBI для емоційного вигорання склали 30,17, для деперсоналізації - 15,92, для особистих досягнень - 34,34. Оцінки відповідають стандарту MBI для емоційного вигорання.

Серед усіх опитаних, 69,8 % - отримали високі бали по шкалі емоційного виснаження, 67,9 % - високі бали по шкалі деперсоналізації. 28,3 % учасників отримали низькі оцінки за підшкалою особистих досягнень, що призвело до високого рівня вигорання, але також виявилось, що ще 52,8 % отримали лише середні результати в діапазоні особистих досягнень, демонструючи більше тенденцію до вигорання. Простий описовий аналіз було проведено, порівнюючи відповіді на численні характерні запитання про те, як кожна професія пов'язує своє робоче життя з особистим життям згідно з опитуванням «Сфери трудового життя». Більшість респондентів повідомили що відчують себе виснаженим наприкінці робочого дня, або згорілим від роботи. Відповідні індивідуальні питання, що стосуються догляду за пацієнтами (AWS) найбільший відсоток відповідей був про відчуття, що пацієнти звинувачують в деяких своїх проблемах та про те, що своєю роботою позитивно впливають на життя інших людей.

З метою виявлення рівня перевантаження роботою, та уточнення складності роботи медичних працівників, респондентам була надана можливість додати текстовий коментар в кінці опитування MBI. Багато коментарів посилалися на брак часу для виконання всіх завдань, які від них вимагалися, окрім прийому пацієнтів, на кількість часу поза роботою, коли до лікарів зверталися пацієнти з медичними запитаннями про їхні поранення або хвороби. Ці коментарі свідчать про рівень перевантаженості. Інші коментарі

відображали складність бути медичним працівником, з численними неклінічними обов'язками. Вигорання посилилося високим рівнем занепокоєння тим, що медичних працівників просять працювати поза межами їхньої практики.

Результати цього дослідження показали, що медичні працівники, які знаходились на військовій службі, мають високий рівень емоційного вигорання. Вигорання посилювалося великим занепокоєнням з приводу того, що медичних працівників просять працювати за межами їх сфери діяльності.

У всіх медичних працівників спостерігалась трудова дисципліна найвищого рівня навіть без винагороди, працівники відмовлялись від власного сну через зосередженість на забезпеченості гарного догляду за пацієнтами. Це підтверджує що медичні працівники в умовах військових дій ставлять на перше місце інтереси своїх пацієнтів, шляхом відмови від власних [76].

Пол Сарджент, Джеффри Міллеган, Ейлін Делейні, Скотт Роеш, Марта Сандерс, Массачусетс, Хізер Мак, Леонард Маллахан, в 2016 році опублікували результати дослідження вигорання медичних працівників у військово-медичному центрі США під час війни [65]. Дослідження було проведено з метою довести що емоційне виснаження медичних працівників впливає на ефективність, емпатію та медичні помилки.

Опитування, проведено за допомогою опитувальника Maslach (MBI), було розраховано середні значення субшкали MBI та проаналізовано асоціації між змінними. В опитування взяли участь 523 медичні працівники; трохи більше половини респондентів були чоловіками та віком старше 41 року; майже три чверті вибірки були одружені. З точки зору військового статусу, 58,5 % вибірки були на дійсній службі, 41,5 % - цивільними/контрактниками. Більшість респондентів були лікарями (49 %), а стоматологи (15,9 %) та інші (10,1 %).

Для субшкали DEP виявлено статистично значущі відмінності для вікових груп: значно вищі показники DEP були виявлені для вікових груп від 25 до 30 років і від 31 до 40 років ($M = 5,54$) порівняно з тими у віковій групі старше 50 років. Значно вищі (майже в двічі) показники DEP також були

виявлені для тих, хто перебував на дійсній службі з одним розгортанням порівняно з цивільними. Не було виявлено суттєвої різниці між активними постачальниками послуг на основі кількості розгортань.

Для підшкали ЕЕ статистично значущі відмінності були виявлені для часу перебування на виклику: значно вищі показники ЕЕ були виявлені для тих, хто чергував більше 20 % часу, порівняно з тими, хто чергував менше 20 % часу. Крім того, ті, хто витрачає більше 30 % свого часу на додаткові обов'язки, мали значно вищі показники ЕЕ, ніж ті, хто витрачає від 10 до 20 % свого часу на додаткові обов'язки. Для аналітичних порівнянь Директоратів учасники відділів медичного і психічного здоров'я мали значно вищі показники ЕЕ, ніж стоматологічних.

Були виявлені статистично значущі зв'язки для ЕЕ та DEP з усіма 3 безперервними змінними (відпрацьовані години на тиждень, релігійність, фізична активність). Вищі показники ЕЕ та DEP були пов'язані з більшою кількістю відпрацьованих годин на тиждень і меншою значимістю релігійної та фізичної активності.

У регресійній моделі, що прогнозує DEP, предиктори становлять статистично значущу частку дисперсії: ті, хто проходив активну службу з одним розгортанням, мали вищі показники DEP, ніж цивільні. Особи у віковій групі від 25 до 30 років повідомили про вищий рівень DEP порівняно з тими у віковій групі від 40 до 50 років і віковій групі старше 50 років. Заняття фізичною активністю були суттєво пов'язаний із DEP, причому нижча фізична активність була пов'язана з вищим DEP.

У регресійній моделі, яка передбачає РА, предиктори становлять статистично значущу частку дисперсії: особи у віковій групі від 25 до 30 років повідомили про нижчий РА порівняно з тими у віковій групі від 40 до 50.

Підсумовуючи: медичні працівники, опитані в одному великому військовому шпиталі, повідомили, що відчують виснаження так само, як і медичні працівники, які працюють у цивільних лікарнях. Крім того, у військовій вибірці цього дослідження, рівень вигоряння був трохи нижчим, ніж

у цивільних працівників. Емоційне виснаження було найпоширенішим симптомом вигорання, швидше за все, через труднощі з адміністративною підтримкою та балансом між роботою та особистим життям.

Гері Морріс Ленг, Елізабет Пфістер, Мішель Джей Сіменс, в 2010 році опублікували результати дослідження вигорання медичних сестер у великому армійському госпіталі [50]. Мета цього дослідження полягала в тому, щоб дослідити рівень вигорання серед військовослужбовців армії США та цивільного медсестринського персоналу, призначеного до великого військового лікувального закладу. Використовуючи перехресний дизайн, зручну вибірку відповідних учасників ($n = 364$) заповнили опитувальник емоційного вигорання Maslach (МВІ). Для аналізу даних використовували Т-тест і порядкову логістичну регресію. Результати показують, що обидві групи відчували помірний рівень вигорання. Однак цивільний медсестринський персонал продемонстрував статистично нижчі рівні емоційного виснаження та деперсоналізації. Отримані дані свідчать про те, що медсестринський персонал, який працював у денну зміну не більше 8 годин на день і мав менше контактів щодо догляду за пацієнтами з військовослужбовцями, пораненими в Іраку чи Афганістані, повідомив про нижчий рівень емоційного виснаження та деперсоналізації.

Бахаа Алдін Альхаффар, Гадір Аббас, Ала Алдін Альхаффар в 2019 році в Журналі медицини праці та токсикології опублікували результати дослідження щодо поширеності синдрому вигорання серед лікарів-резидентів у Сирії. Метою цього дослідження було вивчити поширеність вигорання серед жителів Сирії під час сирійської кризи, яка почалася в 2010 році, і оцінити фактори, пов'язані з синдромом вигорання [30].

Сирійська криза, вважалася найважчою гуманітарною кризою у двадцять першому столітті. це трагічно вплинуло на всі аспекти життя сирійського народу, воно зруйнувало економічну та освітню системи і зробило руйнівний вплив на систему охорони здоров'я до такої міри, що працівникам охорони здоров'я і медичним працівникам стало дуже важко і небезпечно реагувати на

зростаючі потреби населення [30]. Медичні працівники у Сирії зараз працювали в умовах високого рівня смертності і поширення хвороб. Крім нестачі медичного обладнання та медикаментів, кілька медичних установ були повністю зруйновані. Більш того, майже половина лікарів і фахівців втекли з Сирії за роки кризи. Все це ускладнило для лікарів і медичних працівників реагування на зростаючі потреби суспільства під час війни.

Дані для дослідження були зібрані з 12 лікарень, розташованих у 8 мухафазах (Дамаск, Алеппо, Латакія, Тартус, Дераа, Риф-Дімашк, Хама, Хомс) [30]. Для збору даних дослідниками було розроблено спеціальне опитування, до участі в якому були запрошені всі жителі всіх спеціальностей і лікарень. Опитування складалося з двох частин: перша частина являла собою анкету демографічних даних, яка була розроблена спеціально для цілей справжнього дослідження і містила питання про вік, поле, стаціонар, програму резидентства, спеціальність лікаря і рік початку трудової діяльності. Другою частиною був опитувальник Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), використовували затверджену арабську версію, MBI-HSS складається з 22 питань, розділених на області. Ці три домени оцінювалися наступним чином: для EE (низький: < 13, середній: 14-26, високий > 27), для DP (низький: < 5, середній 6-9 і високий > 9), для PA (низький > 40, середній 34-39, високий: < 33). Крім того, була використана подальша дихотомія для трьох показників вигорання.

Остаточний розмір вибірки склав 3350. 44,1% опитаних становили жінки і 55,9% чоловіки, вік варіювався від 21 до 35 років, вік був розділений на три групи: 21-25 (34%), 26-30 (59,4%) і 31-35 років (6,5%).

Рівні емоційного виснаження, деперсоналізації та особистих досягнень: 77,9 % вибірки мали високий рівень (EE), 54,6 % мали високий рівень (DP) і 13,7 % мали низький рівень (PA). 19,3 % опитаних, включених в це дослідження, мали високий рівень вигорання у всіх трьох доменах індексу і 93,75 % мали високий рівень принаймні в одному з трьох. У чоловіків були

вищі рівні EE (82,8 %) і DP (55 %) і нижчі рівні PA (14,9 %), ніж у жінок (71,6 %), (54 %), (12,1 %) відповідно.

У лікарів, які працюють у госпіталях Міністерства оборони, були найвищі показники високого EE (89,4 %) і DP (63,1 %). На відміну від лікарів, які працюють у приватних лікарнях, мали найвищі показники низької ФА.

Лікарі на п'ятому році роботи мали найвищий відсоток високих EE і DP і низьких PA, проте між цими двома змінними не було виявлено значущого зв'язку. Більше того, загальний рівень вигорання, як правило, вище зі збільшенням кількості років проживання.

При порівнянні спеціальностей не було виявлено значущого зв'язку між цією змінною і рівнем вигорання. Хоча у резидентів загальної хірургії та невідкладної медицини був найвищий рівень EE (89 %).

Емі Б. Адлер, Аманда Л. Адріан, Марла Хемфілл, Ніколь Х. Скарро, Моріс Л. Сіпос, Джеффри Л. Томас, в 2017 році опублікували результати дослідження військово-медичних працівників США, які перебували під час війни в Афганістані [31]. Метою було проведення оцінки змін, пов'язаних з роботою, що враховують вигорання вище і вище звання, симптоми посттравматичного стресового розладу і професійні стресори в розгорнутому середовищі. Опитування оцінювало вигорання (емоційне виснаження та деперсоналізація), симптоми посттравматичного стресового розладу, сприйняття професійних стресових факторів, поведінку самообслуговування, турботу про членів команди (командна турбота), загальне керівництво та лідерство зміцнення здоров'я.

В опитуванні військового медичного персоналу принаймні кожен п'ятий оцінив масові втрати, поранених дітей і самогубства пацієнтів як стресові професійні вимоги. Крім того, хоча 4,3 % персоналу перевищили критерії щодо показника ПТСР, третина повідомила, що симптоми вигорання виникають принаймні кілька разів на місяць. Емоційне виснаження та деперсоналізація, два аспекти вигорання, не корелювали з тривалістю роботи осіб, а широта професійних вимог не корелювала з емоційним виснаженням. Навпаки, ступінь

стресу, пов'язаного з цими професійними вимогами, корелювала з обома аспектами вигорання, підкреслення важливості суб'єктивного сприйняття стресорів. Тобто, коли керівники та спеціалісти з психічного здоров'я намагаються оцінити ступінь впливу стресових факторів на роботі, вони повинні враховувати індивідуальне сприйняття цих подій.

Турбота про себе, надання підтримки іншим членам підрозділу (командна турбота) та лідерство, що сприяє зміцненню здоров'я, корелювали з нижчими рівнями симптомів вигорання, навіть після контролю потенційних варіантів. Той факт, що ці три конструкти пояснюють значні відмінності в симптомах вигорання, дає три можливі напрямки для досліджень втручань, спрямованих на зменшення вигорання.

По-перше, стратегії турботи про себе, про які повідомили розгорнуті військовослужбовці, демонструють, що більшість респондентів використовують стратегії самообслуговування, а ті, які схвалені найбільше, відображають військову культуру. Зокрема, вправи та участь у команді були двома найбільш схвалюваними пунктами, і обидва ці підходи до самообслуговування узгоджуються з військовою культурою. Крім того, небагато учасників схвалили відмову від додаткової роботи, що відображає ставлення «можу зробити», яке поширене в армії.

По-друге, догляд за командою або надання підтримки іншим членам команди також значною мірою пов'язували з меншою кількістю симптомів вигорання. Командна турбота — це унікальна концепція, якої немає в дослідженнях про вигорання в інших професійних умовах. Можливо, військовий професійний контекст, де турбота про однолітків чи друзів є ознакою професійної ідентичності, підсилює почуття причетності та залучення до роботи. Розгорнутий контекст також може підсилити це почуття, оскільки персонал відокремлений від своїх сімей і живе зі своїми командами, вводячи менше суперечливих зобов'язань і роблячи інвестиції в командний догляд більш помітними. Висновки щодо командної турботи узгоджуються з

дослідженнями, які показують, що організаційна культура товариської любові обернено корелює з вигоранням.

По-третє, лідерство асоціювалося з меншим вигоранням, і, зокрема, як лідерство офіцерів загалом, так і конкретна поведінка лідерства, що сприяє зміцненню здоров'я, пояснюють унікальну дисперсію в двох показниках вигорання. Ці результати пропонують потенційний напрямок для навчання лідерів поведінці, яка балансує між просуванням медичних пріоритетів місії та забезпеченням того, щоб люди піклувалися про себе фізично та психологічно. Ці результати також підкреслюють потенційну важливість офіцерів у розумінні вигорання на відміну від сержантів, хоча цей висновок слід повторити з іншими зразками, перш ніж робити висновки щодо внеску сержантів у розвиток вигорання.

Результати цього дослідження свідчать про те, що ранг не є захисним фактором для медичного персоналу, хоча ранг був визначений як такий у багатьох інших дослідженнях. Можливо, у цьому конкретному контексті розгортання звання офіцера не дає переваги з точки зору вигорання. Більше того, хоча симптоми ПТСР корелювали з емоційним виснаженням, вони не залишалися корельованими з деперсоналізацією після врахування інших коваріантів. Результати посттравматичних стресових розладів свідчать про тісний зв'язок між компонентом емоційного виснаження вигорання та травматичним стресом серед тих, хто працює в умовах високого стресу. Подібним чином може статися, що коли медичний персонал демонструє ознаки емоційного виснаження, ці симптоми також можуть сигналізувати про занепокоєння щодо симптомів посттравматичного стресового розладу [31].

Команда дослідників Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка сумісно з Норвезьким університетом науки та технологій у період з 18 по 26 березня 2022 року (23-31 день війни) здійснили опитування співробітників гарячої лінії в Україні. Згідно отриманих даних опитувальника здоров'я пацієнта (PHQ-4) для скринінгу депресій та тривоги у 40 % працівників, які взяли участь у дослідженні, виявлено депресію,

у 44 % — тривогу. Результати опитувальника депресії Бека (BDI) для оцінки важкості симптомів депресій засвідчили що 28% симптоми депресій були від легкої до помірної, у 16 % — від помірної до важкої. Узагальнені дані опитувальника Maslach Burnout Inventory — обстеження соціальних послуг для медичного персоналу (MBI-HSS (MP)) для оцінки емоційного вигорання засвідчили наявність вигорання у 68 % опитаних. В усіх учасників опитування, співробітників гарячої лінії, майже всі з яких були свідками війни в Україні, було виявлено ознаки порушення психічного здоров'я у вигляді депресії, емоційного вигорання, та підвищеного рівня психопатології [60].

Дослідники Дніпропетровського державного медичного університету в 2022 році провели аналіз анонімних анкет лікарів відділень анестезіології та інтенсивної терапії Дніпровського регіону за опитувальником «Стратегії подолання стресових ситуацій» «Strategic Approach to Coping Scale (SACS)» С. Хобфолл. Було виявлено, що на тлі активних військових дій, зберігається потреба у соціальній підтримці; в контактах з іншими людьми, зберігається здатність до співробітництва, компромісів; невелика схильність до імпульсивних дій серед лікарів; незначний рівень схильності до асоціальних та агресивних дій. Тренінг за протоколами дій у критичних ситуаціях призводить до того, що обережність та перестраховування у лікарів має незначний рівень [12, 80].

2.3. Сучасні копінг-стратегії по запобіганню та подоланню емоційного вигорання

Техніки управління стресом та синдромом емоційного вигорання це не тільки можливість використання особистістю наявних важелів управління, а, в умовах війни та обмежених людських ресурсів – і один з необхідних засобів збереження трудового потенціалу [7, 299].

Прояви негативних психічних станів, гострої реакції на стрес, емоційного вигорання, розладів фізичного і психічного здоров'я, хронічних

психопатологічних змін особистості, в умовах війни, вимагають невідкладного запровадження і активного використання ефективних профілактичних, реабілітаційних та прогностичних заходів [10, 102].

На сьогодні, існує гостра необхідність впровадження та активного використання ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів, з метою попередження порушення психічного здоров'я осіб, які в умовах війни, виконують професійні обов'язки [10, 103].

До звичайних методів профілактики емоційного вигорання, які описані в сучасній літературі належать зазвичай такі методи саморегуляції [14; 23, 50].

1. Хороший, повноцінний відпочинок з повною ізоляцією від роботи, допомога психотерапевта, психолога; в наступному - організація пауз в роботі - регулярний відпочинок, баланс «робота–дозвілля».

2. Регулярні фізичні навантаження завдяки яким організм має можливість відновлюватися емоційно та фізично. Пошук таких видів активності, які викликають задоволення (прогулянки, біг, танці, велосипед).

3. Повноцінний сон, як найважливіший фактор, який редукує стрес.

4. Організація «здорового робочого оточення» шляхом планування черговості, терміновості виконання справ, управління своїм часом. Раціональна організація своєї роботи: часті короткі перерви у роботі, освоєння навички делегувати відповідальність (розподіляти відповідальність за результат діяльності з пацієнтами).

5. Наявність інтересів поза роботою, підтримання хобі з метою можливості зняти напруження, в т.ч. час на свіжому повітрі, застосування технік розслаблення (масаж, теплий душ, медитація, дихальні техніки або йогівські вправи).

6. Активна професійна позиція, самовдосконалення та професійний розвиток.

7. Безпечне звільнення від негативних думок й переживань.

8. Планування цілей на перспективу і найближче майбутнє.

9. Уміння радіти та наповнюватися позитивними емоціями.

Однак, за умов виконання своїх професійних обов'язків медичними працівниками під час війни, практичне виконання більшості з перелічених пунктів підлягає сумнівам з причини перебування всіх людей, не залежно від місця перебування, в тій чи іншій стадії стресу. Працівники, які перебувають в стані стресу або посттравматичного стресового розладу, можуть втратити функціональну здатність, тому керівники повинні бути зацікавлені в недопущенні розвитку синдрому емоційного вигорання у підлеглих. Відповідно виникає необхідність розроблення організаційних алгоритмів засобів профілактики емоційного вигорання у медичних працівників під час роботи в екстремальних умовах.

Як зазначено в цій роботі, робота медичних працівників в умовах активних бойових дій прирівнюється роботі військовослужбовців, відповідно, доцільно застосовувати відповідні практики військових з метою запобігання та подоланню емоційного вигорання.

Найбільше обґрунтованих методів профілактики негативних психічних станів у військовослужбовців, з прикладами, заснованими на досвіді антитерористичної операції в Україні в 2014 році, зазначено в методичному посібнику Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. «Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій». Ці методи доцільно застосовувати і з медичними працівниками в сучасних умовах життя, тобто під час війни.

До основних напрямів психологічного та психофізіологічного супроводу професійної діяльності в умовах війни належать: психофізіологічний контроль і оцінка поточного функціонального стану; функціональна реабілітація, психокорекційні і психопрофілактичні заходи; тренування і вдосконалення професійно важливих якостей [10, 105].

Перш ніж лікувати будь-яке захворювання, необхідно провести **діагностику**, та виявлення осіб, які найбільш схильні до психічних розладів. При цьому, військові психологи пропонують використовувати технологію багатомірного скринінгу.

Багатомірний скринінг психічного здоров'я – прикладна технологія масових психопрофілактичних обстежень, які проводяться з метою раннього виявлення осіб з початковими проявами психічних розладів. Ця методика передбачає комплексний аналіз за трьома основними вісями: рівень суб'єктивної адаптації (наскільки психічно здоровим вважає себе сам обстежуваний); функціональна вісь (думка безпосереднього керівника про успішність професійної діяльності обстежуваного); психосоціальна вісь (загальна оцінка особистісного адаптаційного потенціалу). Результати цих досліджень можуть застосовуватися у вигляді наступних рекомендації щодо впроваджуваних заходів:

- при наявності трьох несприятливих оцінок адаптації пропонується направлення на огляд до психіатра для оцінки їх стану відповідно до феноменологічних класифікацій МКХ-10 / DSM-IV TR;
- при виявленні будь-яких двох несприятливих оцінок рекомендується динамічне спостереження лікарів фахівців психічного здоров'я;
- при наявності будь-якої однієї несприятливої оцінки показані заходи психологічного та виховного характеру;
- для осіб без ознак дезадаптації ніяких спеціальних заходів не проводять.

Подолання особою психотравмуючих стрес-факторів бойової обстановки залежить не тільки від успішної когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії складових: характеру психотравмуючої події, та індивідуальних характеристик людини.

Методи запобігання та боротьби з емоційним вигоранням працівників пов'язаних із кризою, розподіляються за рівнями аналізу:

- інтраіндивідуальний;
- міжособистісний;
- організаційні.

Ця послідовність від мікрорівня до макрорівня узгоджується з теорією управління [47, 184].

Інтраіндивідуальний рівень - забезпечення втручання в боротьбу зі стресом. Сам працівник, який виконує професійні обов'язки під час екстремальних умов, повинен знати та застосовувати практики для контролю рівня стресу. Це і достатня кількість рідини, їжі і намагання відпочивати/спати так часто, як це можливо і самопостереження.

Пропонується навчання і використання в своїй повсякденній діяльності принаймні двох технік релаксації (бажано більше), які можуть бути використані тоді, коли виконання фізичних вправ не можливе. Одна техніка з метою швидкого зменшення надмірної напруги без відриву від виконання завдання. Друга – для забезпечення глибокої релаксації для відновлюючого сну навіть в умовах стресових ситуацій.

Техніки управління стресом включають: глибоке дихання, розслаблення м'язів і когнітивні вправи. Глибоке дихання найлегше освоїти і практикувати, інші техніки вимагають більш тривалого навчання і більшого часу для практики.

Корисні техніки, які можна використовувати поодиночі чи в поєднанні:

1. Техніки дихання: дихання животом; дихальні медитації (дихання повільне і глибоке, із використанням м'язів живота із утриманням повітря протягом 2-3 секунд.)

2. Вправи на релаксацію м'язів (концентрація уваги на різних групах м'язів, напруження і розслаблення кінцівок, щоб розслабити все тіло).

3. Когнітивні вправи (створення позитивних уявних образів, які перенаправляючи увагу, зменшують вплив стресорів навколишнього середовища).

4. Візуалізація власного розслаблення (уявити власну спокійну розслаблюючу, відчуті її, використовуючи всіма відчуттями: кольори, форми, текстуру, звуки, запахи, температуру і дотики).

5. Заземлення (уявити собі бар'єр із тривожними відчуттями, уявно перетворюючи їх на вату, набиваючи ними контейнер і закриваючи його; розмістити товстою бетонною стіною; подивитись навколо, розглянути місце,

назвати один за одним найбільше предметів і кольорів; роздивитись і назвати все, що знаходиться попереду, ліворуч, праворуч, за, над і під; зосередити свої думки, називаючи речі; порахувати повільно вперед (від 1 до 10) або назад (від 10 до 1); звернути увагу на розміщення власного тіла: на землі або на підлозі; потягнутись і зробити глибокий вдих).

Міжособистісний рівень - розвиток та заохочення соціальної підтримки. Усі працівники можуть також контролювати стрес, допомагаючи один одному уважним ставленням один до одного з метою раннього розпізнання стресу один в одного. Один із найважливіших способів, який може зменшити напругу – можливість виговоритися. Практичні рекомендації можуть бути представлені наступним чином:

- у кожного працівника повинен бути «бойовий товариш», уже існуючий чи призначений, з яким він може ділитися своїми почуттями і проговорити свій досвід; необхідно заохочувати один одного до проговорення;

- керівники різних підрозділів повинні спілкуватися;

- варто проводити загальні зустрічі після повернення зі складних завдань чи бойових дій;

- за можливості, залучати професійних психологів [10, 125].

При перших ознаках бойової втоми рекомендовано уважне спостереження та намагання заспокоїти, захист від небезпеки.

Після складних операцій або важких / інтенсивних чергувань, особливо після критичних подій, рекомендовано провести короткі зустрічі близько 15 хвилин. Під час цих зустрічей усі члени команди збираються у безпечному і відносно зручному місці, надається можливість отримати напої та їжу та можливість поспілкуватися між собою. Керівництво в цей час надає визнання і похвалу за складну місію, яку виконано; надає інформацію про інших членів підрозділу, щоб попередити плітки; надає інформацію про те, де і як працівники будуть відпочивати і відновлюватися; та надає короткий огляд подальших планів. Звертається увага на появу нормальних стресових реакцій, що можуть проявитися.

Організаційний рівень - запровадження високоякісного управління продуктивністю. Керівники усіх рівнів можуть прямо впливати на рівень емоційного вигорання підлеглих шляхом застосування окремих методів профілактики бойової втоми, яка є одним з чинників емоційного вигорання. Деякі ситуації можуть контролюватися лідером, інші ситуації чи події проконтролювати не можливо проте є способи їх компенсації шляхом зменшення інших факторів стресу і здійснення корекційної роботи.

Всі учасники бойових дій повинні бути знайомі з таким поняттям як бойовий стрес, його ознаки, методи попередження.

Щоб зменшити рівень стресу у працівників, безпосередній керівник повинен: надихати, а не залякувати чи погрожувати; ініціювати і підтримувати програми по управлінню стресом; інформувати працівників на предмет розуміння і адекватного реагування на ознаки бойового стресу; переконатися, що кожен підлеглий освоїв принаймні дві техніки релаксації для контролю над стресом: повільну - для глибокої релаксації і швидко - для використання під час виконання завдання [10, 124]. До організаційних методів запобігання емоційного вигорання також належить моніторинг психологічного стану працівників, чітке роз'яснення посадових інструкцій, проведення профілактичних бесід та стимулювання внутрішньої мотивації, налагодження конструктивних комунікацій, проведення тренінгових занять, створення позитивного морально-психологічного клімату в колективі [38, 103].

Прикладами тренінгових занять, які довели свою ефективність є когнітивно-поведінковий тренінг і групи медитації усвідомленості [47, 189].

Когнітивно-поведінкові тренінги навчають працівників змінювати свої думки та розвивають активні навички подолання. Проведення таких тренінгів можливо організувати на рівні організації. Когнітивно-поведінковий тренінг є ефективним у покращенні сприйнятої працівниками якості роботи та зменшенні скарг на роботу, також може допомогти працівникам розвинути особисті ресурси, які вони зможуть використовувати у своїй повсякденній роботі, і набути нових компетенцій. Розвиваючи навички терпимості до стресу,

працівники можуть краще справлятися з вимогами роботи, а за допомогою когнітивно-поведінкових втручань вони можуть навчитися змінювати своє ставлення до своєї роботи, вимог до роботи та ресурсів [47, 189].

Групи медитації усвідомленості не прагнуть змінити когнітивні здібності, як когнітивно-поведінковий тренінг, але допомагають людям адаптуватися до стресових подій і зменшити напругу. Цей тип навчання може бути особливо корисним під час кризи як втручання на місці в екстремальній ситуації на робочому місці. Крім того, програми медитації усвідомленості знижують рівень кортизолу, відповідно покращують фізіологічні показники стресу [47, 189].

Як метод стимулювання внутрішньої мотивації ефективно надати працівнику можливість брати участь в деяких аспектах своєї роботи. Наприклад, працівники можуть змінювати кількість своїх завдань, зміст своїх завдань або частоту чи інтенсивність контактів з колегами чи клієнтами. Автономія роботи є важливим ресурсом, завдяки якому працівники відчують довіру, цінність і контроль. Коли працівники відчують відповідальність за власну роботу та її успіх чи невдачу, вони можуть краще ідентифікувати себе зі своєю роботою, а не відчувати себе просто гвинтиком у колесі. Необхідно дозволяти працівникам вибирати завдання, які сприяють їхнім сильним сторонам, але також є складними під час обговорення змісту роботи. Відповідно до теорії цілепокладання, найкращі цілі – це ті, які є складними, але досяжними. Надання працівникам більшого контролю та гнучкості над завданнями, які адаптовані до їхніх особистих сильних сторін і розширюють їхні можливості, може підвищити мотивацію разом із відчуттям контролю. Необхідно надавати можливості вдосконалювати навички та проекти чи завдання, адаптовані до професійного розвитку, співробітники можуть стати більш мотивованими, ентузіазмами та можуть знайти сенс у своїй роботі [47, 189]. Керівники повинні підтримувати щирі та якісні стосунки зі співробітниками, проявляти емпатію, використовувати перспективу, щоб зрозуміти точки зору інших і створити атмосферу довіри.

Виграшем усіх членів команди є залучення працівників до прийняття рішень, практично - у вигляді різних форм. Залучення співробітників до процесу прийняття рішень не тільки дає їм змогу сприяти успіху організації та відчувати сенс у своїй роботі, але й економить час і гроші компанії завдяки підвищенню продуктивності, зменшенню аутсорсингу та, зрештою, кращим стратегічним рішенням.

Незважаючи на те, що розвиток особистих навичок протидії до дистресу може бути корисним для всіх людей, керівники повинні бути найбільш мотивованими у впровадженні даних засобів, оскільки втручання з управління стресом не обов'язково можуть змінити основну причину вигорання. Працівники не можуть медитувати про погані умови праці, нестабільне безробіття та масову смертність та страждання під час війни. Втручання з управління стресом якщо їх впроваджувати самотійно, можуть спричинити і негативні непередбачені наслідки, і можуть допомогти працівникам адаптуватися до стресових ситуацій, пом'якшити емоційне виснаження та розвинути навички терпимості до дистресу на роботі та вдома [47, 186].

До заходів, які розвивають стрес-адаптивні риси та стратегії подолання окремих медичних працівників, організації можуть проактивно зменшувати військовий стрес, передбачаючи та вирішуючи проблеми, такі як мовні/культурні бар'єри, велике робоче навантаження та несподівана зміна ролей, як-от практика за межами сфери компетенції. догляду або взяття на неклінічну роботу. Велике робоче навантаження та дефіцит людських ресурсів можна вирішити шляхом покращення співпраці між місцевими та міжнародними агентствами та проактивного найму на посади, які часто мають нестачу персоналу, такі як посади медсестер. Чітко написані вказівки та описи завдань повинні бути надані організаціями в очікуванні того, що медичні працівники, ймовірно, будуть змушені виконувати ролі, які не є частиною стандартної клінічної підготовки, наприклад, створення інфраструктури лікарні. Навчання з питань охорони здоров'я та культурної компетентності має пропонуватися регулярно та пристосовуватися до конкретних обставин.

Організаційна культура, яка надає перевагу позитивній атмосфері та командній роботі, також пов'язана з підвищенням добробуту медичних працівників.

Вигорання, ймовірно, залишиться постійною проблемою для медичних працівників як в умовах війни, так і поза нею, і необхідні постійні зусилля з пом'якшення наслідків. Багато факторів зменшують емоційне вигорання, такі як більший контроль над робочим середовищем, значуща робота, ясність очікувань, позитивний зворотний зв'язок, час для вирішення особистих питань, згуртованість підрозділу і лідерство. Хоча хронічну спіраль емоційного вигорання медичних працівників не завжди легко вилікувати за допомогою короткострокових втручань. Окремі індивідуальні втручання значно зменшують емоційне виснаження, але не впливають на інші змінні вигорання. Організаційні методи багатообіцяючі, направлені на пошук універсальних рішень [51, 141].

У випадку розвиненого синдрому емоційного вигорання доцільно використовувати такі методи: психотерапія; фармакологічні препарати; реорганізація робочого оточення; комбінація змін у робочому оточенні з реабілітацією і перенавчанням [23, 55].

Фармакологічне лікування призначають відповідно до наявних симптомів [43, 102; 23, 55].

При тривожних станах, нервовому напруженні, соматоформних розладах призначаються транквілізатори (діазепам, альпразолам, лоразепам, феназепам, гідроксізін, мепробамат тощо). Рекомендується призначати транквілізатори в мінімально ефективних дозах, найкоротшим курсом або переривчасто, відміняти поступово, з метою зменшення ризику розвитку залежності. Під час прийому даної групи препаратів можливі побічні ефекти (труднощі концентрації уваги, зниження швидкості рухових реакцій тощо).

При порушеннях сну в структурі синдрому емоційного вигорання можуть використовуватися снодійні засоби. Для того щоб зменшити ризик розвитку залежності, рекомендується застосування переривчастих курсів зі зміною препаратів, контроль за прийнятою дозою.

Зменшують вегетативні прояви тривоги: бета-адреноблокатори (обзідан, індерал.). Вони можуть використовуватися для короточасного полегшення стану в певних ситуаціях, що спричиняють страх [23, 55].

При наявності депресії в структурі синдрому емоційного вигорання призначаються антидепресанти різних хімічних груп (трициклічні антидепресанти (амітриптилін, іміпрамін, мапротилін та ін.), інгібітори моноамінооксидази (моклобемід, пірліндол), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (пароксетин, сертралін, флувоксетин), рослинного походження (геларіум тощо). Лікування має проводитися в режимі оптимальних доз протягом, як мінімум, 2–3 тижнів до розвитку тимоаналептичного ефекту, а після купірування депресивної симптоматики — не менше 4–6 місяців. Вибір антидепресанту залежить від специфіки клінічної картини депресії. Призначення антидепресантів краще поєднувати з психотерапією [23, 55].

При наявності астеничних проявів в структурі синдрому емоційного вигорання, доцільно також використовувати препарати, що стимулюють нейрометаболічні процеси (ноотропи, церебропротектори, адаптогени і засоби, що мають цереброваскулярні властивості), здатні активізувати метаболізм і енергетичні процеси в клітинах головного мозку [23, 55].

2.4. Теоретична модель синдрому емоційного вигорання медичних працівників під час війни

Емоційне вигорання у медичних працівників, які надають медичну допомогу під час війни, можна оцінювати як стан професійно обумовленої емоційної перевтоми, як патологічну стадію та особливий окремий вид хронічної втоми працівників. Під час виконання професійних обов'язків, тобто надання медичної допомоги в умовах війни, в екстремальних умовах, збільшується ймовірність та швидкість формування емоційного вигорання з

причини дії на працівників всіх видів чинників стресу і фізичних, і психологічних (емоційних, інформаційних).

Розвиток емоційного вигорання загрозливий появою як емоційних симптомів (тривожно-депресивний стан; відчуття безвиході, фаталізму ситуації; емоційно-моральна дезорієнтація, початок економії емоцій поза професійною діяльністю; спроби зменшити кількість особливо енерговитратних професійних обов'язків; зниження емоційного тону; астенизація організму; емоційна відчуженість; особистісна відчуженість; психосоматичні порушення) так і фізіологічних у вигляді соматичних хвороб. В умовах війни, коли завжди є проблема людських ресурсів, вкрай необхідно вжити всіх можливих заходів щодо попередження виходу з ладу працівників.

При розробці профілактичних засобів будь-якої проблеми, необхідно діяти з огляду на причини виникнення проблеми. Аналіз процесуальних моделей розвитку емоційного вигорання як динамічного процесу показує дещо подібну динаміку фаз, які описали різні науковці. Це: фаза напруги, втоми, або появи збоїв; фаза рівноваги, хронічних симптомів, зниження інтересів до роботи, резистентності; фаза хронічного стресу, виникнення небезпечних захворювань, повної втрати інтересу, або виснаження.

В умовах війни, усі медичні працівники, знаходяться під дією стресових факторів, тобто в стані коли задіяні всі резерви організму. Усі відчувають на собі стан стресу відповідно до стадії (тривоги, супротиву, виснаження), та надають медичну допомогу людям, які також в стані стресу, але і з фізичними ушкодженнями. Тобто, стрес який відчувають медичні працівники від час виконання професійних обов'язків під час війни можна подвоїти. Необхідно взяти до уваги, що жодний медичний працівник України не був готовий до викликів сучасної війни в її розгромному масштабі. Тому всі різновиди стресу військових, такі як бойовий стрес, бойова втома, травматичний стрес сьогодні відчувають медичні працівники України, все це призводить до швидкого емоційного вигорання або емоційного виснаження. Відповідно, в процесуальні схеми розвитку емоційного вигорання у медичних працівників під час війни, на

перше місце необхідно поставити стресові реакції в екстремальних умовах, або стресові реакції бойового стресу. І методи профілактики емоційного вигорання у медичних працівників під час війни будуть кардинально вирізнятись від описаних класичних методів.

Аналіз літературних даних щодо відповідних дослідів емоційного вигорання показав: по-перше, медичні працівники під час війни, нехтують власними потребами заради потреб пацієнтів, наприклад, відмовляють собі у сні. По-друге, сучасні війни не зважають на норми моралі та права, використовуючи заклади охорони здоров'я та працівників як свої цілі, тому працівники даної сфери є найбільш вразливими на рівні з військовими. По-третє, стресові реакції виникають швидко, одразу мають фізіологічні прояви, що впливає на працездатність. Також було доведено що у працівників, з якими постійно проводяться тренінги щодо дій в окремих ситуаціях, спостерігається впевненість та злагодженість в роботі. Тобто, серед методів профілактики емоційного вигорання на першому місці доцільно встановити роботу з боку керівництва у впровадженні заходів, які можуть послабити або унеможливити розвиток професійного вигорання у персоналу. Мета впровадження таких заходів – збереження такого емоційного та психологічного стану працівника, який забезпечить йому можливість зберігати стан рівноваги, нормального професійного функціонування поєднанні з ефективним керівництвом його діяльністю.

Тобто, теоретичну модель розвитку синдрому емоційного вигорання, медичних працівників під час війни, та представити наступним чином:



Рис. 2.4. Модель розвитку емоційного вигорання медичних працівників під час війни

На першому місці доцільно розташувати фазу дії бойового стресу, з відповідними ознаками на усіх рівнях: біохімічному; фізіологічному; психофізіологічному; психологічному; соціально-психологічному. Серед психологічних симптомів на цій фазі доцільно виділити: звуження свідомості, концентрацію на небезпеці, відчуття тривоги – готовність; мотивація.

Фаза резистенції характеризується накопиченням певного рівня дистресу, починають запускатися захисні стратегії, наприклад: емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація.

Фаза виснаження характеризується зниженням емоційного тону, астенизацією організму, різкою виразністю дисоціативних процесів, емоційною відчуженістю, особистісною відчуженістю, психосоматичними порушеннями.

Відповідно до першопричини виникнення синдрому емоційного вигорання, доцільно узагальнити та рангувати методи профілактики та запобігання розвитку емоційного вигорання емоційного вигорання у медичних працівників під час війни.

На найбільш значному місці можна виділити методи організаційного рівня з причини більшої зацікавленості керівництва і збереженні людських медичних ресурсів та можливої недостатньої само усвідомленості свого стану людиною.

Програми по запобіганню емоційного вигорання доцільно включити до ознайомлення та виконання і на рівні підготовки майбутніх працівників, і при прийомі на роботу, і під час виконання професійних обов'язків, в усіх закладах охорони здоров'я, пунктах надання медичної допомоги .

Модель запобігання емоційному вигоранню медичних працівників під час війни можна представити наступним чином:

1. Перше, що доцільно зробити на даному етапі керівникам усіх рівнів, це провести багатомірний скринінг психічного здоров'я своїх підлеглих з метою виявлення більш сильних або більш слабких працівників, на яких необхідно скеровувати свою увагу.

2. Усіх медичних працівників необхідно ознайомити з питаннями стресу, бойового стресу, бойової втоми, появи перших симптомів з акцентом на те що в сьогоденнішніх ненормальних обставинах – це нормальна реакція. Відповідні заняття необхідно проводити якісно, та час від часу повторювати.

Працівники повинні усвідомлювати симптоми психологічного стресу й керувати ним, опанувати широкий спектр прийомів саморегуляції та подолання перших симптомів прояву стресу під час виконання професійних обов'язків.

3. Довести до усвідомлення усіх підлеглих важливість питань контролю свого психічного стану, важливість відпочинку, та балансу «робота–дозвілля». З метою зменшення напруження, медичний персонал доцільно навчити технікам самоконтролю та релаксації.

4. В умовах війни, коли існує загальна невизначеність та загальний хаос, людині необхідно відчувати хоча б в можливих сферах існування. Тому, для керівникам усіх підрозділів вкрай важливо проводити заняття з підлеглими з питань роз'яснення задач, послідовності дій, очікуваних результатів. Після складних завдань або загрозливих подій, доцільно проводити короткі загальні зустрічі з метою проговорення ситуації, можливих варіантів розвитку наступних подій, відповідей на запитання.

5. З метою зменшення психологічного навантаження бажано проведення різних когнітивно-поведінкових тренінгів, організації груп медитації усвідомлення, за можливості – організацію заходів емоційного розвантаження (наприклад, танцювальні групи). У випадку необхідності – залучати спеціалістів-психологів.

6. В умовах війни, керівники повинні особисто відслідковувати стан своїх підлеглих з метою виявлення перших ознак вигорання та змін психологічного або фізичного стану. Доцільно взяти особистий контроль час праці та відпочинку працівників, знаходити час для вислуховування їх думок.

7. В умовах підвищеного емоційного навантаження, людині необхідно поділитися своїми думками, визначити для себе стан в якому вона знаходиться, безпечно звільнитися від негативних думок й переживань. З цією метою

необхідно заохочення соціальної підтримки у вигляді визначення товариша або співрозмовника з яким можливо обговорити події, свій стан, свої емоції.

8. Для можливості емоційного та фізичного відновлення організму доцільно створити умови для регулярних фізичних навантажень. Довести до фахівців необхідність даного засобу, брати участь власним прикладом.

9. В умовах загального негативного оточуючого середовища, керівництву бажано не нехтувати почуттями підлеглих, та стимулювати появу будь-яких, навіть найменших позитивних моментів. Бажано, відзначати навіть дрібні досягнення, бути уважними до дрібниць, заохочувати до саморозвитку самовдосконалення та професійного розвитку, до висловлювання власної думки, до поважного ставлення один до одного.

З усього вищезазначеного можна зробити наступні висновки.

Реакцію людей на події воєнного стану можна охарактеризувати як нормальна реакція на ненормальні умови. До сьогоднішніх подій в Україні, повномасштабного вторгнення російської федерації, в такому масштабі, напевне, не був готовий жодний громадянин громадяни нашої держави. Всі українці, не залежно від роду занять чи знаходження, сьогодні перебувають у стані стресових реакцій. Тому емоційний стан громадян доцільно оцінювати з позиції стресових навантажень.

Розрізняють три стадії реакції організму людини на стрес: реакція тривоги; спротив або адаптація; виснаження. На усіх стадіях із захисною метою, поступово запускаються різні фізіологічні процеси шляхом активації роботи гормональної системи. І якщо, на стадіях тривоги та адаптації, при правильній послідовності дій, організм швидко відновлюється, то на стадії виснаження, вже розвиваються незворотні процеси. Наявність стресового стану людини напряму впливає на розвиток емоційного вигорання.

Під час виконання службових обов'язків в екстремальних умовах, під час війни, людина відчуває на собі бойовий стрес з усіма специфічними формами: нетравматичний стрес; травматичний (бойова психічна травма, бойова втома); посттравматичний стрес.

Опубліковані результати досліджень, щодо розвитку емоційного вигорання у медичних працівників в умовах військових подій в Сирії, Афганістані, армійських госпіталях США та сучасні українські дослідження свідчать про більший відсоток розвитку симптомів емоційного вигорання у медичних працівників.

Подолання емоційного вигорання у медичних працівників стає можливим, за умов проведення своєчасної діагностики виявлення зміни рівня прояву емоційного вигорання; визначення стратегії подолання синдрому емоційного вигорання; розроблення профілактичних заходів щодо попередження емоційного вигорання.

ВИСНОВКИ

1. Проблема емоційного вигорання лікарів на сьогодні є актуальною у медичній сфері. Синдром емоційного вигорання розвивається на фоні хронічного стресу, з'являється у вигляді непомітних симптомів які призводять до емоційного виснаження фахівця, змін особистісної структури, разом із втратою трудового потенціалу. Емоційному вигоранню схильні найбільш відповідальні працівники, в професійному плані – фахівці професій, якими передбачено інтенсивний прямий контакт з людьми, це по-перше, медичні працівники. Даний синдром у медичних працівників призводить не тільки до зниження якості наданої медичної допомоги, а і до втрати працівників як фахівців, що особливо актуально в умовах воєнного стану, коли і так гостро стоїть питання дефіциту кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я.

2. Під час війни, люди знаходяться під дією усіх видів стресорів, в стані стресових реакцій різної стадії. Причинами є травматичні події - екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний наслідок, ситуації загрози життю для самого себе або близьких. Вплив екстремальних умов може бути не тільки прямою загрозою життю і здоров'ю людини, а й опосередкованої - очікування її реалізації, тому на сьогодні під цю категорію припадають усі громадяни України. При виконанні професійних обов'язків в цих умовах, фахівці перебувають під впливом особового виду стресу – бойового стресу з усіма його специфічними формами.

3. Сучасні науковці стверджують, що медичних працівників, які виконують свої професійні обов'язки в умовах війн, можна прирівняти до військовослужбовців, тому, виходячи з цього аспекту, доцільно проводити аналіз їхньої діяльності. Сутнісною характеристикою розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників в умовах військового стану, є першопричина – хронічний бойовий стрес з усіма специфічними формами:

нетравматичний стрес; травматичний (бойова психічна травма, бойова втома); посттравматичний стрес.

4. На сьогодні в науковій і періодичній літературі описано багато стандартних методів профілактики та запобігання виникнення синдрому емоційного вигорання. Суть цих методів у відпочинку від роботи та в подальшому рівному розподілу часу роботи та відпочинку. Однак, в умовах військового стану, цих умов дотриматись не можливо, натомість працівники, перебуваючи під дією значних стресорів, не мають фізичної можливості адекватно оцінити стан свого організму. Таким чином, впровадження та контроль виконання головним чином залежить від керівництва закладів охорони здоров'я усіх рівнів.

5. Методи запобігання та боротьби з емоційним вигоранням у медичних працівників під час війни, розподіляються за рівнями аналізу: інтраіндивідуальний (на рівні особисто працівника); міжособистісний (розвиток соціальної підтримки); організаційний (високоякісне управління). В умовах війни, серед осіб, які виконують професійні обов'язки якості впровадження та використання ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів, з метою попередження порушення психічного здоров'я покладається, в першу чергу, на керівництво. Рівень усвідомлення та якості впровадження залежить безпосередньо від адміністративної ланки закладу охорони здоров'я.

6. Основні складові моделі запобігання емоційному вигоранню медичних працівників під час війни можна представити наступним чином: багатомірний скринінг психічного здоров'я працівників; навчання їх теоретичним питанням стресу, бойового стресу; впровадження технік самоконтролю та релаксації; роз'яснення задач, послідовності дій, очікуваних результатів; проведення когнітивно-поведінкових тренінгів, за необхідності – залучення спеціалістів-психологів; особистий контроль часу праці та відпочинку працівників; заохочення соціальної підтримки; створення умов для регулярних фізичних навантажень; заохочення до саморозвитку самовдосконалення та професійного розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Вип. 6, № 2 . С. 28-33. DOI: 10.26766/pmgrp.vbi2.295
2. Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. *Психологічні перспективи*. 2020. Вип. 36. С. 37 – 48. DOI <https://orcid.org/0000-0002-5361-4677>
3. Блінов О.А. Психологія бойового стресу : дис. докт. психол. наук : 19.00.04. Київ, 2020. 660с.
4. Бондарев Г.В., Круть П.П. Основи військової психології : навч. посіб. Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272с.
5. Боярчук О.Д. Біохімія стресу: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2013. 177с.
6. Демидюк В. М., Пілат М. С. Психологічні чинники запобігання емоційному вигоранню військовослужбовців в умовах довготривалих збройних конфліктів. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал*. 2021. № 12. С. 102–106.
7. Карамушка Л.М. Технології роботи організаційних психологів: навч. посіб. Київ: Фірма «ІНКОС», 2005. 366с.
8. Карамушка Л. М., Гнускіна Г.В. Психологія професійного вигорання підприємців : монографія. Київ : Логос, 2018. 198с.
9. Ковровський Ю. Г. Психологічні чинники професійного вигорання у персоналу оперативно-рятувальної служби державної служби України з надзвичайних ситуацій : дис. канд. психол. наук : 19.00.10. Київ, 2016. 180с.
10. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170с.

11. Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медсестринство*. 2019. № 3. С. 39 – 41.

12. Кравець О.В., Станін Д.М., Єхалов В.В. Стрес-адаптація медичних працівників за умов воєнного часу. *The 9 th International scientific and practical conference «Science, innovations and education: problems and prospects»*. 2022. April 6-8 С. 74-80.

13. Лотоцька-Голуб Л. Л. Соціально-психологічні чинники резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів: дис. канд. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2016. 258с.

14. Максименко С.Д. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти – 2-е вид. перероб. та доповн. Київ: Міленіум, 2006. 368с.

15. Марута Н., Чабан О., Каленська Г. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я. *Международный неврологический журнал*. 2019. №7 (109)

16. Марута Н., Попов Д., Хаустова О. та ін. Психосоматичні стани під час війни. *Український медичний часопис* 2022. № 5 (151) – ІХ/Х. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.151.233846

17. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324с.

18. Пасько В.В. Організація медичного забезпечення військ: Підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти України III-IV рівнів акредитації Київ: "М П Леся", 2005. 430с.

19. Перелигіна Л. А., Ситник М. Ю. Професійний стрес пожежнихрятувальників і медичних працівників в екстремальних умовах діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. № 13. С. 206 – 215

20. Професійне вигорання - явище, а не хвороба: Що насправді затвердили в МКХ-11. URL.: <https://moz.gov.ua/article/news/profesijne-vigorannja->

[--javische-a-ne-hvoroba-scho-naspravdi-zatverdili-v-mkh-11](#) (дата звернення 01.12.2022).

21. Поджіо Т.Ю. Аналіз психодіагностичного інструментарію для дослідження професійного вигорання науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти. *Вчені записки ТНУ ім. В.І.Вернадського. Серія: Психологія*. 2021. Том 32 (71) № 3. С. 88-92.

22. Толмачевська В. Особливості психоемоційного напруження у медичних працівників з урахуванням гендерних факторів та медичного стажу роботи. *Психологія праці*. 2021. Вип. 32. С. 166-170. URL.: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.32.29>

23. Федік І.В. Психологічні аспекти медичної праці: навч. посібник Київ: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 126с.

24. Хайрулін О. М. Психологія професійного вигорання військовослужбовців: монографія. Тернопіль: ТНЕУ, 2015. 220с.

25. Юрьева Л. Н. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов : учебное пособие. Днепр : Новая идеология, 2017. 204 с. URI: <https://repo.dma.dp.ua/id/eprint/4091>.

26. Юр'єва Л. М. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. *Медичні перспективи*. 2019. Т. 24. № 4. С. 112 - 120. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189601>.

27. Юр'єва Л. М., Крячкова Л. В., Шустерман Т. Й., Ліхолетов Є. О. Психометричне дослідження цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту. *Український вісник психоневрології*. 2021. т. 29. № 1 (106). С. 42-47.

28. Запобігання виникненню синдрому професійного вигорання та синдрому емоційного вигорання – шлях до збереження психічного здоров'я. Методичні рекомендації. Миколаїв. 2020. URL.: http://dspace.mnau.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/7932/1/Zipobihannia%20vynyknnniu%20syndromu_Ruryk.Pdf

29. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : у 2 т. / Айлін Кім та ін., пер. з англ. Семігіна Т. Іта ін. Київ : Наш формат, 2017. Т. 1. 568 с. URL: <https://dovidnykmpz.info/psycho/okhorona-psykhichnoho-zdorovia-v-umovakh/>.

30. Alhaffar B.A., Abbas, G. & Alhaffar, A.A. The prevalence of burnout syndrome among resident physicians in Syria. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2019. Vol. 14, No 31 <https://doi.org/10.1186/s12995-019-0250-0>

31. Adler A., Adrian A., Hemphill M., Scaro N., Thomas J. Professional Stress and Burnout in U.S. *Military Medical Personnel Deployed to Afghanistan*. *Military Medicine*. 2017. Vol. 182, Issue 3-4. P. 1669-1676. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00154>

32. Dyrbye LN, Satele D, Sloan J, Shanafelt TD. Utility of a brief screening tool to identify physicians in distress. *J Gen Intern Med*. 2013. No 28(3) P. 421-427. DOI: 10.1007/s11606-012-2252-9. Epub 2012 Nov 6. PMID: 23129161; PMCID: PMC3579983.

33. Elhadi M., Msherghi A., Elgzairi M., Bouhuwaish A., Biala M., Abuelmeda S., Khel S., Khaled A., Alsoufi A., mna Elmabrouk A. Burnout Syndrome Among Hospital Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic and Civil War: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2020. No 11. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.579563

34. Freudenberger. H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. 1974 No 30, P.159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

35. Fiabane E., Gabanelli P., La Rovere M. T., Tremoli E., Pistarini C. & Gorini A. Psychological and work-related factors associated with emotional exhaustion among healthcare professionals during the COVID-19 outbreak in Italian hospitals. *Nursing & Health Sciences*. 2021. No 23(3). P. 670 – 675. <https://doi.org/10.1111/nhs.12871>

36. Freedman S.A., Mashiach T. Shared trauma reality in war. *Mental health therapists' experience*. 2018. No 13(3): <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194359>

37. Fouad F., Sparrow A., Tarakji A., Alameddine M. Health workers and the weaponisation of health care in Syria: a preliminary inquiry for The Lancet–

American University of Beirut Commission on Syria. *The Lancet*. 2017. Vol. 390. No 10111. P. 2516–26 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30741-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30741-9).

38. Goto R., Guerrero A., Speranza M., Fung D., Paul C., Skokauskas N. War is a public health emergency. *Lancet*. 2022 Apr 2; No 399(10332):1302. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00479-2.

39. Garry S., Checchi F., Armed conflict and public health: into the 21st century. *Journal of Public Health*. 2020. Vol. 42, Issue 3. P. 287–298, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz095>.

40. Grimm L., Bauer G. & Jenny G. Is the health-awareness of leaders related to the working conditions, engagement, and exhaustion in their teams? A multi-level mediation study. *BMC Public Health*. 2021. Vol. 21, Article number: 1935. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11985-1>

41. Gil-Monte P.R., Espejo B., Checa I. et al. Factor Structure and Measurement Invariance of the Spanish Burnout Inventory Among Professionals Across 17 Countries and Regions. *Applied Research Quality Life*. 2022. DOI <https://doi.org/10.1007/s11482-022-10108-1>

42. Harrell M., Selvaraj S.A., Edgar M. DANGER! Crisis Health Workers at Risk. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. No 17 (15), 5270. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155270>

43. Hromtseva O., Striukov V., A gender – oriented approach to management of emotional burnout among doctors and nurses in wartime. *Economies Horizons*. 2022. No 2(20). P. 94–110. DOI:10.31499/2616-5236

44. Hromtseva O. Notion of professional burnout of medical workers and research of its phenomenology. *European Journal of Management Issues*. 2019. Vol. 27, No 3. P. 63–72. URL : <https://doi.org/10.15421/191907>

45. Jeung D.Y., Kim C., Chang S. J. Emotional Labor and Burnout: A Review of Literature. *Yonsei Medical Journal*. 2018 Vol. 59(2), P. 187–193.

46. Jones E., Wessely S. War Syndromes. *Medical History*. 2005, No 49: P. 55–78. doi: 10.1017/s0025727300008280

47. Kelly P. Gabriel, Herman Aguinis, How to prevent and combat employee burnout and create healthier workplaces during crises and beyond. *Business Horizons*. 2022. Vol. 65, Issue 2, P. 183-192. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2021.02.037>.

48. Kodlubovska T., Kokun O., Piankivska L., Krasnov V., Sirakovska O. Investigations of manifestation of «emotional burning syndrome» peculiarities with doctor in Ukraine *Wiadomości Lekarskie*. 2022. Vol. LXXV. Issue 8 Part 1. DOI: 10.36740/WLek202208106

49. Kurapov A., Pavlenko V., Drozdovc A., Shevchenko T.H. Toward an Understanding of the Russian-Ukrainian War Impact on University Students and Personnel. *Journal of Loss and Trauma*. 2022. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2084838>

50. Lang G., Pfister E., Siemens M. Nursing burnout: cross-sectional study at a large Army hospital. *Mil Med*. 2010. Vol. 175(6). P. 435-441. doi: 10.7205/milmed-d-09-00284.

51. Lang G., Patrician P., Steele N. Comparison of Nurse Burnout Across Army Hospital Practice Environments. *Journal of nursing scholarship*. 2012. P. 274-283. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01462.x>

52. Lima C., Sepúlveda J., Lopes P., Fajardo H., Moreira de Sousa M. Prevalence of burnout syndrome among military physicians at a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Revista Brasil Medicina do Trabalho*. 2018. Sep 1; 16 (3). P. 287-296. doi: 10.5327/Z1679443520180297.

53. Liselotte N. Dyrbye, David Meyers, Jonathan Ripp, Nupur Dalal, Steven B. Bird. A Pragmatic Approach for Organizations to Measure Health Care Professional Well-Being. *National Academy of Medicine. Expert Voices in Health & Health Care*. 2018. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2018/09/A-Pragmatic-Approach-for-Organizations-to-Measure-Health-Care-Professional-Well-Being.pdf>

54. Mahera A., Muhammad F., Aisha Al K., Farida Al M. Robert C. Burnout and depression among medical residents in the United Arab Emirates. *Journal of*

Family Medicine and Primary Care. 2018. Vol. 7. Issue 2. P. 435-441
doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_199_17

55. Manor. I., Shklar. R. & Solomon. Z. Diagnosis and treatment of combat stress reaction: Current attitudes of military physicians. *J Trauma Stress*. 1995. No 8, P. 247–258. <https://doi.org/10.1007/BF02109562>

56. Mark de Rond *Doctors at War: Life and Death in a Field Hospital*. Cornell University Press, 2017. 176 p.

57. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout. *Ann Rev Psychol* 2001. No 52. P. 397–422.

58. Owen R., Wanzer L. Compassion fatigue in military healthcare teams. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2014. Vol 28, Issue 1. P. 2-9
DOI:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.09.007>

59. Penix E. A., Kim P. Y., Wilk J. E., & Adler A. B. Secondary traumatic stress in deployed healthcare staff. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2019. No 11(1). P. 1–9. <https://doi.org/10.1037/tra0000401>

60. Pinchuk I., Goto R., Pimenova N., Kolodezhny O., Guerrero A., & Skokauskas N. Mental health of helpline staff in Ukraine during the 2022 Russian invasion. *European Psychiatry*. 2022. No 65(1). E45. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.2306

61. Pereira H., Feher G., Tibold A., Costa V., Monteiro S., Esgalhado G. Mediating Effect of Burnout on the Association between Work-Related Quality of Life and Mental Health Symptoms. *Brain Sciences*. 2021. No 11 813. <https://doi.org/10.3390/brainsci11060813>

62. Pruginin I., Segal-Engelchin D., Isralowitz R., Reznik A. Shared War reality effects on the professional quality of life of mental health professionals. *Isr J Health Policy Res*. 2016. doi: 10.1186/s13584-016-0075-6

63. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018. No 320 (11). P. 1131–1150. DOI:10.1001/jama.2018.12777

64. Sabbah I., Sabbah H., Sabbah S., Akoum H., Droubi N. Burnout among Lebanese nurses: Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human

- Services Survey. *Health*. 2012. Vol. 4 No. 9.
DOI:<http://dx.doi.org/10.4236/health.2012.49101>
65. Sargent P., Millegan J., Delaney E., Roesch S., Sanders M., Mak H., Mallahan L., Raducha S. Health Care Provider Burnout in a United States Military Medical Center During a Period of War. *Military Medicine*. 2016. Vol. 181. Issue 2, P. 136–142. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00449>
66. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill. 1956. 324 p.
67. Scott Elizabeth How to Recognize Burnout Symptoms What to Do When Your Job Is Stressing You Out. October 16, 2022. <https://www.verywellmind.com/stress-and-burnout-symptoms-and-causes-144516>
68. Schaufeli W. The burnout enigma solved? *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2021. No 47 (3), P. 169–170. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3950>
69. Schaufeli W., Desart S., Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT) - Development, Validity, and Reliability. *Int J Environ Res Pub Health*. 2020. 17, 9495, doi:10.3390/ijerph17249495
70. Sheather J. As Russian troops cross into Ukraine, we need to remind ourselves of the impact of war on health. *BMJ*. 2022. No 376:o499 | doi: 10.1136/bmj.o499
71. Sheena M. E. & Lederman Z. The Physician at War. The International Library of Bioethics. 326 p.
72. Sucharitha T., Pradeep R, Lakshmi R., Angeline J., Sivaram M, Aravind M. Health care professional's perceived stress levels and novel brief COPE-4 factor structure-based assessment of coping methods during COVID-19 pandemic in India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2022. Vol. 11. Issue 7. P. 3891-3900 DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2612_20
73. Trockel M, Bohman B, Lesure E, et al. A Brief Instrument to Assess Both Burnout and Professional Fulfillment in Physicians: Reliability and Validity, Including Correlation with Self-Reported Medical Errors, in a Sample of Resident and Practicing Physicians. *Acad Psychiatry*. 2018. No 42(1). P. 11-24.

74. Valeras, A. S. Healthcare provider burn-out: A war with uncertainty. *Families, Systems, & Health*. 2020. No 38(1), P. 96–98. DOI: <https://doi.org/10.1037/fsh0000473>

75. Vinokur A., Pierce P., Lewandowski-Romps L., Hobfoll S., Galea S. Effects of war exposure on air force personnel's mental health, job burnout and other organizational related outcomes. *Occup Health Psychol*. 2011 Jan;16(1) : P. 3-17. DOI: 10.1037/a0021617.

76. Walters T., Matthews E., Dailey J. Burnout in Army Health Care Providers. *Military Medicine*. 2014. Vol. 179. Issue 9. P. 1006-1012. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00058>

77. Youssef D., Youssef J., Abou-Abbas L. et al. Prevalence and correlates of burnout among physicians in a developing country facing multi-layered crises: a cross-sectional study. *Scientific Reports*. 2022. No 12. 12615. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16095-5>