

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя

Факультет педагогіки, психології, соціальної роботи та мистецтв

Кафедра загальної та практичної психології

Освітня програма: Психологія. Практична психологія

Спеціальність: 053 Психологія

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня «магістр»

**ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
В УМОВАХ ВІЙНИ**

ХАЧАТУРОВА СВІТЛАНА ОЛЕКСІЇВНА

Науковий керівник:

Михайлова Оксана Іванівна,

канд.психол.наук, доцент кафедри
загальної та практичної психології

Рецензенти:

кандидат психологічних наук, доцент

Кошова Інна Вікторівна

Кандидат психологічних наук, доцент

Щотка Оксана Петрівна

Допущено до захисту завідувач

кафедри докт.психол.наук,

професор _____ Папуча М.В.

« ____ » _____ 2023 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ	
1.1. Сутність основних понять: «травма», «травматизація особистості», «посттравматичний стресовий розлад»	10
1.2. Фактори травматизації під час війни: фізичні фактори, психологічні фактори, соціальні фактори.....	18
1.3. Психологічні чинники травматизації медичних працівників	23
Висновки до розділу I	25
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ	
2.1. Обґрунтування використаних методик та вибірки досліджуваних	28
2.2. Психологічні особливості травматизації медичних працівників	30
2.3 Емоційне вигорання медичних працівників.....	38
2.4. Результати дослідження копінг стратегій медичних працівників	47
Висновки до розділу II.....	51
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	56
ДОДАТКИ	61

АНОТАЦІЯ

Хачатурової С.О. ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ. – Рукопис.

Робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя, Ніжин, 2023.

У роботі здійснено теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з питань травматизації, стресостійкості. Проведено психодіагностичні методики і виявлено особливості травматизації медичних працівників, описано особливості кількісними і якісними характеристиками, досліджено характер та силу попереднього травматичного досвіду респондентів. Розкрита роль використання психотерапевтичних практик направлених на подолання травми, на усвідомлення змістовності власного життя та відчуття когнітивного і психологічного благополуччя. Запропоновано комплексну програму сприяння подоланню травматизації медичним працівникам.

Ключові слова: травматизація, фактори травматизації (внутрішні фактори, фактори травматизації під час війни, чинники травматизації, посттравматичний стресовий розлад, травма, стрес, соціальна підтримка.

ABSTRACT

Khachaturova S.O. PSYCHOLOGICAL TRAUMATIZATION OF MEDICAL WORKERS IN THE CONDITIONS OF WAR. - Manuscript.

Work on obtaining a master's degree in specialty 053 "Psychology". Mykola Gogol Nizhyn State University, Nizhyn, 2023.

In the work, a theoretical analysis of domestic and foreign literature on issues of traumatization and stress resistance was carried out. Psychodiagnostic methods were carried out and the peculiarities of the traumatization of medical workers were revealed, the peculiarities were described by quantitative and qualitative characteristics, the nature and strength of the previous traumatic experience of the respondents was investigated. The role of the use of psychotherapeutic practices aimed at overcoming trauma, realizing the meaning of one's life and a sense of cognitive and psychological well-being is revealed. A comprehensive program to help medical workers overcome trauma is proposed.

Key words: traumatization, factors of traumatization (internal factors, factors of traumatization during the war, factors of traumatization, post-traumatic stress disorder, trauma, stress, social support.

ВСТУП

Ситуація невизначеності, інтенсивний соціально–економічний і технічний розвиток сучасного світу, війна в Україні, реформування медичної сфери та інші виклики сьогодення пред'являють все нові і нові вимоги до фахівців та можуть їх стресувати і травмувати.

Діяльність представників допомагаючих професій, сфери «медичний працівник–медичний працівник» пов'язана з високим рівнем відповідальності та емоційної напруги. Збереження і турбота про фізичне, психічне і духовне здоров'я людини, безпосередньо пов'язана з ростом професійної майстерності та підвищенням ефективності виконуваної роботи щодо соціального замовлення суспільства.

Повторення ситуацій професійних стресів призводить до ослаблення нервової системи, емоційних зривів, нервово–психічних захворювань та втрати ментального здоров'я. Через це, в своїй повсякденній роботі, медичний працівник постійно стикається з необхідністю управління емоційними станами, які викликають проблему пошуку найбільш ефективних способів емоційної регуляції і саморегуляції у складних ситуаціях професійної діяльності.

В сучасних умовах війни, серед професій типу «медичний працівник – медичний працівник», на перший план виходить професія медичного працівника: медичний працівника, фельдшера, медичної сестри і т.д., де головний, ведучий предмет праці – люди, точніше – особистість, що потребує допомоги.

Медична практика включена до списку «допомагаючих професій» і вона пов'язана з великою кількістю соціальних контактів та емоційною «включеністю» людини в результат праці. Без участі фахівця в рішенні проблеми пацієнта, результат терапії буде мінімальним. З одного боку, така участь і емоційна причетність – це невід'ємна частина роботи і водночас – показник високого рівня професіоналізму, а з іншого – шлях до стресу.

На сучасному етапі боротьби українського суспільства, істотно підвищуються вимоги, що висуваються до медичних працівників, діяльність

яких спрямована на порятунок життя і збереження здоров'я особистості, створення оптимальних умов для ефективного надання медичної допомоги й реалізації. Діяльність медика, через напружений характер, як правило, супроводжується зниженням працездатності за рахунок порушення функціонального стану, падіння активності психічних функцій тощо.

Вивченням феномена стресостійкості, займались Л.М. Аболін, Є.П. Ільїн, А.К. Маркова, Л.М. Мітіна, С.В. Суботін, О.І. Щербаков, В.М. Корольчук, В.М. Крайнюк.

Саме тому, діяльність через перенасиченість її стресогенними факторами належить до найбільш напружених в емоційному плані видів праці. Одним із негативних наслідків стрес – факторів (вираженої емоційним навантаженням, високою інтенсивністю і тривалістю контактів та ін.) є травматичні епізоди, які ніби опосередковано стосуються медика, але водночас залишають слідові ознаки в досвіді та пам'яті.

К. Абульханова–Славська, Т. Березіна, Е. Головаха, Е. Клімов, М. Пряжніков та інші автори пов'язують процес самовизначення та зростання в професії з особистісними особливостями. Е. Зеєр, Т. Кудрявцева, Б. Ломов встановлюють роль здібностей, інтересів, мотивів та індивідуально–психологічних рис у формуванні професійно важливих якостей.

З початку ХХ століття активно досліджували негативний вплив травмивної події на особистість. У 1995 році Р. Тадеску та Л. Калхун зазначили позитивні зміни від пережитої травмивної події. В Україні даною проблемою почали цікавитися і займатися лише кілька років тому В. Горбунова О. Шелюг, В. Климчук, С. Чичко, Т. Титаренко.

В нарративній психології, ситуація, в якій опинилася медичний працівник (точніше, її інтерпретація), задається перш за все мовою як найважливішим атрибутом культури. Саме означення реальності, тобто заміщення її певними культурно значущими схемами, дозволяє не лише обдумувати, осмислювати те, що відбувається, аналізувати і переживати ті чи інші події, але і упорядковувати їх, створюючи нову психічну реальність, новий досвід.

Відповідно через мовлення (проговорювання ситуації з подальшим встановленням її значущості) можна практично переопрацювати ситуацію і в подальшому впливати на неї.

Адекватність оцінки, ситуації і власних ресурсів, визначає інтенсивність реакцій, спрямованих особистістю на зміну компонентів стресової ситуації, зміну когнітивної репрезентації, ставлення, мотиваційної, вольової орієнтації, копінгової поведінки, які здійснюються через провідну її функцію – когнітивно–феноменологічну перспективу та функції її окремих структурних компонентів, що зумовлюють рівень стресостійкості під час і після травматичних подій.

Стресостійкість розглядається як структурно–функціональна, динамічна, інтегративна властивість особистості та результат транзактного процесу зіткнення індивіда зі стресогенним фактором, що включає когнітивну репрезентацію, об'єктивну характеристику ситуації та вимоги до особистості.

Крайнюк В. М. розглядає стресостійкість як сукупність особистісних якостей, які дозволяють людині переносити значні інтелектуальні, вольові й емоційні навантаження та перевантаження, без шкідливих наслідків для діяльності, оточуючих і власного здоров'я.

Стресостійкість особистості, на думку В.А. Абабкова, М. Перре, залежить від багатьох факторів, а саме: якості стресорів, особистісних властивостей, компетентності в подоланні навантажень і соціальних факторів.

Наступний ресурс стресостійкості – психологічна компетентність індивіда, рівень його психологічної освіченості і культури. Разом із соціальним досвідом вона визначає конкретні форми адаптивних процесів в стресогенних ситуаціях.

До найбільш вивчених на даний час особистісних ресурсів подолання стресу належать наступні: активна мотивація подолання, відношення до стресів як можливості набуття власного досвіду і можливостей особистісного зростання, сила Я–концепції, самоповага, самооцінка, власна значимість, «самодостатність». Значимою є активна життєва установка, чим активніше

відношення до життя, тим більша психологічна стійкість у стресових ситуаціях. Позитивність і раціональність мислення. Емоційно-вольові якості. Фізичні ресурси (стан здоров'я і відношення до нього як до цінності).

Поряд з особистісними особливостями важливу роль відіграють характеристики соціального оточення, які є модераторами стресу. Соціальна підтримка – задоволення потреби в близькості, захисті, інформації, розрядці, підтримці, заспокоєнні, що впливає на характер поведінки людини після дії стресогенних факторів. Вона є ресурсом збереження психологічної стійкості особистості в стресових ситуаціях. Авторами відзначається, що позитивне соціальне оточення (сім'я, друзі, колеги) також може бути одним з найважливіших чинників збереження стресостійкості особистості. У зв'язку з цим, соціальне оточення може розглядатися як соціально-психологічний ресурс подолання стресу.

Особливо вразливою є категорія медичних працівників зрілого віку, оскільки праця є важливим джерелом емоцій та почуттів. Успіхи в роботі дозволяють відчувати свою значущість, потрібність іншим, сприяють оптимістичному баченню своєї перспективи, а невдачі, особливо критика керівництва, виробничі конфлікти провокують ображеність, замкнутість, зневіру. У результаті медичний працівник або замикається в собі, або проявляє надмірну конфліктність, імпульсивність тощо.

Отже, професія медика – одна із тих, у якій синдром емоційного вигорання є найбільш поширеним. Зараз первинна і вторинна ланка медицини тримається на професіоналах, які мають більше 10–15 років стажу, тобто являють собою «групу ризику» щодо синдрому емоційного вигорання[12].

Дослідники наголошують, що дана проблема призводить до таких негативних наслідків, як погіршення психічного та фізичного здоров'я, порушення системи міжособистісних стосунків, зниження ефективності професійної діяльності, розвиток негативних установок по відношенню до колег та учнів тощо.

Аналізуючи наукові дослідження психологів можна констатувати, що вони спрямовані на виявлення факторів, що спричиняють емоційне вигорання. Зазвичай такими факторами вважаються особливості професійної діяльності, індивідуальні характеристики професіоналів та внутрішні аспекти їхньої роботи. Кожен із цих факторів може бути розглянутий в контексті основних категорій і характеристик, які дослідники, такі як В. Венгер, В. Федік, В. Ждан, А. Скрипніков, Л. Животовська, В. Пашковський, О. Мірошніченко та інші, пов'язують із психологією медичних працівників, і розподіляють їх у наступний спосіб:

На сьогодні існує достатньо велика кількість досліджень присвячених даній проблемі, проте вивчення психологічних особливостей емоційного вигорання у Враховуючи інтерес і потребу суспільства щодо розробки теми травматизації особистості в умовах війни нами обрана тема: **ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Об'єкт: фактори травматизації медичних працівників.

Предмет: рівень травматизації медичних працівників в умовах війни.

Мета дослідження – вивчити особливості травматизації медичних працівників в умовах війни.

Гіпотеза: високий рівень травматизації медичного працівника обумовлений особливістю травматичних подій (зокрема в їхній роботі частими є втрати), задоволеністю життям, високим ступенем емоційного виснаження та стажем роботи та емоційним вигоранням в умовах надмірної травматизації.

Завдання:

1. Проаналізувати науково – психологічну літературу з даної теми.
2. Підібрати методи та методики для дослідження факторів травматизації медичних працівників в умовах війни.
3. Емпірично дослідити прояв значення факторів травматизації медиків.
4. Здійснити обробку та інтерпретацію отриманих даних та зробити висновки.

Для вирішення поставлених завдань та перевірки гіпотези була розроблена програма дослідження, реалізація якої передбачає застосування

комплексу методів: теоретичні – аналіз, порівняння, синтез та узагальнення даних; емпіричні – спостереження, тестування.

Нами розроблений комплекс методик, що допоможуть встановити значимість подій та рівень травматизації при переживанні події.

1. Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for *DSM-5*, LEC). Встановлює чи трапилася подія із досліджуваним чи він був спостерігачем даної події, чи є це частиною роботи, чи подія сталася з другом чи родичем. Підраховують події окремо за вище перерахованими критеріями простим підрахунком.

2. Шкала задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale, SWLS 1985). була розроблена для визначення загальної когнітивної оцінки суб'єктом власного благополуччя, а не якоїсь окремої сфери – фінансової чи фізичного самопочуття. Адаптація та валідація Д.Леонтєва та Є. Осіна (2003).

3. Методика діагностики емоційного вигорання В. Бойко.

Для професіоналів у будь-якій галузі спілкування з людьми важливо, в якій мірі у вас сформований психологічний захист у формі «емоційного вигорання». Прочитайте твердження та дайте відповідь «так» або «ні». Там, де у запропонованих твердженнях опитувальника йдеться про «партнерів», маються на увазі суб'єкти вашої професійної діяльності – клієнти, учні та інші люди, із якими ви щоденно співпрацюєте.

4. «Способи подолання» С. Фолкман (S. Folkman), Р. Лазарус (R. Lazarus) та ін. Адаптація Є. Бітюцької. При розробці адаптованого опитувальника у авторів була мета: розробити короткий опитувальник вивчення копінг-стратегій в деяких ситуаціях, що різняться за змістом. Експрес-тест складається з 29 тверджень і ще одного відкритого питання, при відповіді на яке респондент має можливість описати, що ще він використовував для вирішення важкої життєвої ситуації.

Структура магістерської роботи. робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Сутність основних понять: «травма», «травматизація особистості», «посттравматичний стресовий розлад»

Життєва ситуація особистості – це сукупність обставин життєдіяльності, які безпосередньо або опосередковано впливають на поведінку людини, її стан і внутрішній світ, зумовлюючи зміст та напрям індивідуального розвитку [25]. Поняття «життєва ситуація особистості» в психології означає конкретний контекст або обставини, в яких знаходиться і функціонує індивід. Це включає в себе всі аспекти життя людини, такі як її соціальне середовище, родинні відносини, професійну діяльність, фізичний стан, емоційний стан і багато інше.

Життєва ситуація особистості визначається різними факторами, включаючи зовнішні умови і внутрішні стани індивіда. Вона може бути стабільною або змінюватися з часом. Поняття «життєва ситуація» допомагає вивчати вплив навколишнього середовища на психологічний стан та поведінку людини, а також допомагає аналізувати та розуміти, як індивід адаптується до різних умов і викликів.

Дослідження життєвих ситуацій особистості допомагає психологам розкрити, які фактори впливають на розвиток особистості, її ментальне здоров'я, вибір життєвого шляху та інші аспекти життя. Також це поняття є важливим у практичній психології для розробки індивідуальних психологічних стратегій та підходів до клієнтів залежно від їхньої життєвої ситуації. Серед таких досліджень особливе місце належить важким (складним) життєвим ситуаціям в які потрапляє медичний працівник протягом свого життя. Сучасний світ є джерелом безмежної кількості травматичних ситуацій, які включають екстремальні кризові події та загрозові ситуації, що мають потужний негативний вплив на індивіда і вимагають від нього надзвичайних зусиль для подолання наслідків цих подій.

Серед сучасних досліджень травмуючих ситуацій науковці наголошують на проблемі її складності у походженні та величезною їх кількістю. Відповідно О.Лазебна визначає їх як ситуації, які становлять загрозу життю людини або можуть призвести до серйозних фізичних травм або пошкоджень; пов'язані з виявленням фізичного насильства щодо інших осіб; та мають відношення до впливу або інформації про негативні фактори довкілля.

Також в психології виокремлюють такі травмуючі ситуації, як військові конфлікти, природні катастрофи, екологічні і техногенні аварії, пожежі, терористичні акти, присутність під час насильницької смерті інших, нещасні випадки, сексуальне насильство, раптовий виникнення загрозованих для життя захворювань, а також напади – це приклади таких травмуючих ситуацій.

Поруч з цим поняттям у психології можна зустріти ще одне поняття, – особлива (екстремальна) ситуація, яка виникає в результаті аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного лиха або іншого негативного події і може призвести до постраждалих, травмування людей чи навколишнього середовища, значних матеріальних втрат і порушень умов життя людей [35].

Основні ознаки травматичних ситуацій включають у себе наступне:

1. Вони представляють собою новий реальний стан, значно відрізняються від повсякденних.
2. Вимагають важкого вибору між життям і смертю, впливають на світогляд та відчуття особистої незахищеності.
3. Мають подвійну природу: з одного боку, несуть загрозу, небезпеку та можливість руйнування індивідуальності, а з іншого боку, стимулюють стійкість та сміливість, вказують на можливість позитивних змін.
4. Руйнують цілісність звичайного життя, ділять життя на два періоди – перед подією і після неї.

5. Призводять до трансформації особистості, можливого розпаду самоідентичності.
6. Ускладнюють прогнозування подій та розуміння того, що відбувається.
7. Обмежують можливості самореалізації та задоволення потреб.
8. Зменшують можливість активного впливу на них, але водночас можуть відкрити нові шляхи активності.
9. Спонукають до пошуку сенсу в тому, що трапляється.
10. Супроводжуються появою тріадичної структури «розлад – адаптація – розвиток» [31].

Також прийнято виділяти такі важкі життєві ситуації в які може потрапити медичний працівник в процесі соціалізації, серед них розрізняють такі типи важких життєвих ситуацій: - стрес; - фрустрація; - конфлікт;- криза.

Відповідно стрес у загальному розуміння цього поняття «стрес» (від англ. stress – напруга) використовується для позначення станів людини, які характеризуються сильним напруженням і які виникають у відповідь на різноманітні екстремальні впливи. До основних характеристик стресу відносять швидкий хід подій, несподіваність, тривалість впливу та відтворюваність компонентів травматичних ситуацій протягом певного часу. Найбільший та тривалий вплив настає внаслідок травматичного досвіду, зумовленого людськими факторами.

Фрустрація (лат. frustratio – обман, марне очікування, розлад) – стан, спричинений великою вмотивованістю для досягнення мети та задоволення потреб і перепорою, що перешкоджає досягнення бажаного [27]. Перешкодами на шляху до мети можуть виявитися зовнішні та внутрішні чинники: фізичні (позбавлення волі), біологічні (хвороба, старіння), психологічні (страх, інтелектуальна недостатність), соціокультурні (норми, правила, заборони), матеріальні (гроші) тощо [27].

Конфлікт (лат. conflictus — сутичка) – особливо гострий, такий, що виходить за межі правил і норм, спосіб розв’язання суперечностей в інтересах, цілях, поглядах. Проявляється в процесі соціальної взаємодії, полягає у

протидії учасників цієї взаємодії, зазвичай, супроводжується негативними емоціями [38].

В сучасних дослідженнях психології зазвичай зазначають, що перехідні стани людини, що викликані внутрішніми та зовнішніми чинниками або різкою зміною статусу особистісного життя поняттям «криза». Серед її різновидів науковці особливо виокремлюють травматичну кризу, яка виникає як відповідь на психотравмуючі ситуації в житті людини.

Криза, в свою чергу – це вкрай складна, важка та небезпечна ситуація, що «породжує дефіцит смислу в подальшому житті людини», коли неможливо реалізувати свої прагнення, мотиви, мету і цінності – все те, що може бути викликане внутрішньою необхідністю[25] або це стан, спричинений накопиченням нерозв'язаних життєво важливих проблем, суперечностей або подій, що призводить до втрати сенсу попереднього стилю життя, поведінки й діяльності. Кризові ситуації, на думку О.Лазебна, визначаються, як ті які можуть загрожувати людині, її життю та можуть викликати фізичні травми[31].

Криза настає, коли під тиском життєвих обставин відмовляють звичайні механізми ефективного протистояння їм. Розрізняють два типи криз: внутрішні і зовнішні. До внутрішніх можна віднести кризи, що виникають внаслідок змін, такі як природні, пов'язані з розвитком особистості, і ті, які виникають через внутрішні конфлікти. Зовнішні кризи пов'язані з дефіцитом внутрішнього середовища, таким як фізичне та емоційне обмеження, і травматичними подіями [34].

Травматичні кризи – це гострі або тривалі кризи, які виникають після негативних подій, таких як нещасний випадок, насильство, самогубство, захворювання, розлучення, інвалідність, катастрофи, війни, революції, стрес на роботі або в школі, втрата близьких людей, батьків, друзів, або навіть домашніх тварин. Травматичні кризи, незалежно від їх тривалості, можуть суттєво впливати на розвиток дитини і залишати глибокий слід, якщо не надається адекватна та своєчасна підтримка з боку оточення[34].

Поняття «травма» у повсякденному розумінні співвідноситься переважно з тілесними ушкодженнями, порушенням цілісності тіла. На відміну від фізичної травми, яка завжди є зовнішньою, психічна травма може мати інтрапсихічну природу, тобто психіка має здатність травматизувати саму себе, продукуючи певні думки, спогади, переживання та афекти.

Ще одна значуща відмінність між психічною травмою та фізичною полягає в тому, що психічна травма є невидимою і виявляється через непрямі симптоми, основним з яких є емоційна біль. Коли організм реагує на фізичний біль, він спрямовується на віддалення, уникнення та позбавлення від нього. Однак головна функція фізичного болю – це інформаційна, він повідомляє про наявність ушкодження та запускає механізми зцілення та виживання організму.

Американська класифікація психічних розладів (DSM) згадує травму як частину визначення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це означає, що для отримання такого діагнозу фахівець повинен підтвердити, що медичний працівник пережила травматичну подію. Травматична подія – це подія, під час якої медичний працівник відчуває очевидну загрозу своєму життю, фізичному або психологічному здоров'ю, або життю і здоров'ю близької їй особи. Це відчуття виникає під час самої події (навіть якщо пізніше виявляється, що реальної небезпеки не було) і призводить до фізіологічних, поведінкових або емоційних реакцій.

Психічна травма – травма, що виникла в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації і здатна через недостатність механізмів психологічного захисту та за наявності певних рис особистості призвести до розвитку психічного захворювання [33].

Традиційні для нас визначення розуміння змісту і сутності поняття «психічна травма», що притаманні представникам медичного напрямку, були сформульовані О. Черепановою. Психічна травма нею трактується як «травматичний стрес» – подія, що сприймається медичним працівником як

загроза самому її існуванню, яка порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї подією травмівною, потрясінням, переживанням особливого роду [27].

З психологічної точки зору, психічна травма представляє собою порушення нормального функціонування психіки, спричинене ситуацією, яку суб'єктивно сприймають як надзвичайно важку і неспроможну бути подоланою через недостатність захисних механізмів. Це подальше викликає глибокі емоційні переживання (відповідно до досліджень Н. Тарабріна, Л. Трубіцина, Н. Саржвеладзе, І. Погодіна).

Важливим критерієм виникнення травми є не лише сама подія, що спричинила травму, але й спосіб, яким індивід розглядає цю подію особисто (згідно з Н. Пов'якель, Л. Пергаменщик, С. Гончарова, М. Яковчук). Це може вести до визначення того, чи розглядається травма як чисто психічна або психологічна, оскільки потенційно травматична подія може викликати або ж, навпаки, не викликати психологічну травму в залежності від особистого сприйняття ситуації та системи механізмів психологічного захисту та її інтерпретації.

В багатьох сучасних дослідженнях, термін «психологічна травма» описується як стан глибокого страху, який переживає медичний працівник під час зіткнення з несподіваною подією, що може бути потенційно небезпечною для її життя. Цей страх виходить за межі можливостей індивіда і позбавляє його здатності контролювати ситуацію та реагувати на неї ефективно.

Травматизація особистості в психології – це процес, внаслідок якого особа переживає психологічну травму або відчуває наслідки події, яка спричинила значну дистресію, стрес або психологічну руйнацію. Це поняття відображає важливий аспект впливу стресорних ситуацій на психічний стан і функціонування людини.

Травматизація особистості відбувається на різних рівнях: фізичному, психологічному та соціальному. Основні характеристики травматизації особистості включають:

– травматичні події (наприклад, це може бути будь-яка особиста подія або особистий досвід, який спричиняє великий стрес та відчуття небезпеки, такі як природні катастрофи, війни, насильство, втрата близької людини, тяжкі аварії і т.д. Як правило, травматична подія переживається особисто або медичний працівник стає свідком таких подій);

– емоційні реакції (будь яка особистість реагує на травматичну подію сильними емоціями, такими як страх, тривога, депресія, відчуття безпорадності та втрата контролю, гнів і горе і т.д. Це в свою чергу впливає на її пізнавальні процеси, особливо на пам'ять. На фізіологічному рівні змінюється біохімічна рівновага (чим пояснюються такі стани, як знеболення, надмірне збудження, амнезія, зниження імунітету, виснаження тощо); змінюється робота мозку: блокується міжпівкульна синаптична передача, інакше функціонують нейрони кори головного мозку, внаслідок чого страждають насамперед ті його зони, які пов'язані з контролем над агресивністю та циклом сну[27];

– симптоми травматизації (сюди можна віднести посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який може супроводжуватися флешбеками (повторними відтвореннями подій), кошмарами, гіперактивністю або апатією, погіршенням відносин з іншими і схильністю до уникнення спогадів);

– вплив на функціонування організму людини (травматизація особистості може впливати на здатність особистості адаптуватися до повсякденного життя, виконувати робочі обов'язки, зберігати стосунки з іншими людьми і взагалі жити задовільно).

Для багатьох людей травматичні події можуть залишити довгостроковий вплив на їх психічне і емоційне здоров'я, і тому травматизація особистості вивчається і обговорюється в психології та психіатрії з метою розуміння, лікування та підтримки тих, хто стикається з цими складними проблемами.

У людини, яка пережила емоційний травматичний стрес, спостерігається зміна у функціонуванні пам'яті. Цей механізм, який ми називаємо травматичною пам'яттю, відіграє важливу роль у виживанні індивіда, але,

водночас, може стати причиною розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад – це розлад, який включає зміни в багатьох нейробиологічних системах в результаті дисрегуляції когнітивної, афективної та поведінкової сфер.

Після припинення впливу стресора, яскраві емоційні спогади не лише залишаються у довготривалій пам'яті, але також неперервно повторюються в оперативній пам'яті, сприяючи розвитку ПТСР. Останній стан передбачає інтенсивну і, як правило, тривалу реакцію на сильний травматичний стресор, такий як природні катастрофи (землетруси, повені, пожежі), події, спричинені людьми (переслідування, терористичні акти, військові дії), або насильство (напади, зґвалтування, покарання) [29].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – найвідоміший серед розладів, який діагностується у близько 30% дітей і дорослих, які зазнали впливу травматичних подій. Даний розлад є одним з найбільш поширених психологічних наслідків емоційної травми. Виникає він як затяжна або відстрочена реакція на стресові події або ситуації, які можуть бути короткочасними або тривалими. Такі події можуть включати природні катастрофи, техногенні аварії, воєнні дії, втрату близьких, зґвалтування і багато інших, які характеризуються загрозливим або катастрофічним характером.

ПТСР може викликати загальний шок, психічні розлади та ідеї, які пов'язані з екстремальними подіями. Це може виражатися у гострих емоційних вибухах паніки або дисфорії на фоні тривалого почуття заціпеніння, емоційної відстороненості, уникнення діяльності і ситуацій, які нагадують про травму.

За Міжнародною класифікацією хвороб 10–перегляду, посттравматичний стресовий розлад (F43.1) – розлад, що виникає як відстрочена і/або затяжна реакція на екстремальну (травматичну) подію або ситуацію (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини. Під терміном "травматична ситуація" мається на увазі екстремальна кризова обставина, яка має негативний

вплив і призводить до таких же наслідків для особистості, що і ситуації загрози життю, як наприклад небезпека для власного життя або життя значущих близьких.

1.2. Фактори травматизації під час війни: фізичні фактори, психологічні фактори, соціальні фактори

На сьогодні, актуальним є питання про вплив збройних конфліктів та війн на психологічний стан осіб. В Україні на даний момент ми спостерігаємо не просто збройний конфлікт, але повномасштабну війну, розпочату Росією. Ця війна має великий вплив на людей різних соціальних груп: військовослужбовців, чоловіків, жінок, дітей, а також осіб похилого віку. Тому дуже важливо розуміти, як військові конфлікти впливають на психіку людей.

Умови військових конфліктів, незалежно від їхнього рівня і характеру, мають потенціал спричинити значний вплив на психічне та емоційне здоров'я особистості. Травматизація особистості під час періоду війни є актуальною та надзвичайно складною проблемою, яка вимагає уваги як з боку науковців, так і з боку громадськості та політичних лідерів.

Рівень травматизації поглиблюється, якщо причинами травмування стали свідомі чи навмисні дії людей (страата, катування, вигнання тощо), були невинні загиблі і жертва не могла чинити опору, група переживає несправедливість того, що сталося.

Фактори, що впливають на рівень травматизації, можна розглядати як зовнішні і внутрішні чинники.

Зовнішні фактори – це події та обставини у житті людини. Вони включають можливість отримувати емоційну та фізичну підтримку від інших людей, збереження стабільності у різних сферах життя, нові можливості і так далі. Коли медичний працівник стикається з байдужістю навколишніх або агресією, відчуває відсутність можливостей або розриває емоційні зв'язки з іншими людьми, це може поглибити її травму. Розв'язання проблем у ситуаціях множинної кризи може вимагати більше енергії.

Внутрішні фактори – це ставлення людини до себе. Вони включають уміння приймати свої обмеження, ставити перед собою нові завдання, які знаходяться в межах можливостей, і розуміння власних особливостей. Якщо медичний працівник вимоглива до себе, ставиться до себе агресивно або ігнорує свої потреби та межі, це може блокувати значну частину її психічних ресурсів. Ми можемо впливати на те, як ми поведимося зі собою, і можемо розпізнавати ситуації, коли варто протистояти негативним факторам. Якщо таких ситуацій мало, ми можемо розуміти, чому ми відчуваємо себе виснаженими. Без цього розуміння життя може бути можливим, але дуже виснажливим.

Фактори травматизації під час війни – це обставини, які можуть викликати фізичну, психологічну, або емоційну травму у військовослужбовців, цивільних осіб та інших осіб, які переживають війну або конфлікт. Ці фактори можуть бути різними і включати в себе наступні:

Фізичні фактори травматизації, такі як насильство, тортури і пошкодження, є серйозними та часто небезпечними обставинами, які можуть призвести до травм та інших негативних наслідків для здоров'я та психічного стану людини.

Насильство буде включати в себе фізичну силу, яка використовується з метою заподіяння шкоди або контролю над іншою особою. Це може бути фізичне насильство, таке як бійки і побої, або невідповідність основним потребам людини, така як голод, погрози насильством. Також дослідники до фізичного насильства відносять: побої, стусани, ляпаси, навмисно завдані людині (без врахування мети або рівня алкогольного/наркотичного сп'яніння кривдника); обмеження свободи руху особи, включаючи ув'язнення в кутку, фіксацію або прив'язування до предметів, а також замикання в приміщенні; примусове вживання шкідливих речовин (алкоголь, наркотики) шляхом обману або застосування фізичного тиску; свідома відмова у наданні хворому ліків або медичної допомоги, а також невірне дозування медичний працівниківських

препаратів; використання предметів для заподіяння шкоди жертві, такі як метання предметів, погрози використання зброї, порізи або кульові поранення.

До фізичних факторів травматизації дослідники відносять тортури – це систематичне застосування фізичного, психологічного або емоційного насильства з метою заподіяння страждань та контролю над жертвою. Це може включати в себе біль, голод, сексуальне насильство, психологічний тиск та інше.

Пошкодження – це травма або шкода, яка спричиняється фізичними чинниками, такими як аварії, нещасні випадки, природні катастрофи або інші події, які можуть призвести до фізичних травм.

Особливими фізичними факторами травматизації є:

- бойові операції та бойові дії (пошкодження або загроза фізичному здоров'ю під час активних бойових дій, включаючи вогонь, вибухи, обстріли, артилерійський обстріл, бомбардування тощо);

- втрата близьких (фізична смерть або поранення родичів, друзів або товаришів по зброї може викликати глибоку травму);

- травми, пов'язані зі зброєю (використання зброї або близька взаємодія зі зброєю може призводити до фізичних травм, а також до психологічних ефектів, таких як гіпервигляд та відчуття небезпеки).

Серед психологічних факторів виділяють:

- страх перед смертю або пораненням (постійна загроза життю або травмам може призводити до тривожних реакцій і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Страх – це негативна емоція, яка виникає в реакції на загрозу або небезпеку. Він може бути реакцією на реальну або уявну небезпеку і має фізіологічні та психологічні прояви. Фізіологічними прояви стресу можуть виступати – підвищене серцебиття, пітливість, дріж, підвищений ступінь готовності для боротьби або втечі;

- психологічний тиск (внаслідок постійної напруги, неспокою та складностей під час військових дій, відчуття безпорадності та неконтрольованості);

– втрата надії та віри в майбутнє (переживання втрати надії і віри у поліпшення ситуації після війни або конфлікту може впливати на психічний стан особистості);

– затяжний стрес (тривала війна або конфлікт може призводити до хронічного стресу, що має негативний вплив на фізичне та психологічне здоров'я);

– страх перед майбутнім (невизначеність майбутнього та страх перед подальшими конфліктами або війною можуть викликати тривожність та депресію);

– тривога – це відчуття невпевненості і напруження, часто пов'язане з очікуванням негативних подій. Для медичний працівник в стані тривоги характерне – підвищена напруга м'язів, тривожні думки, нездатність до розслаблення;

– депресія – це серйозний психічний розлад, який супроводжується глибоким почуттям суму, безнадійності, втрати інтересу до життя і різних фізичних та психологічних симптомів. Медичний працівник у стані депресії має знижений настрій, втома, втрата енергії, зменшення інтересу до задоволень, сонливість або безсоння, втрата апетиту або переїдання, концентраційні та пам'яткові проблеми.

Виділяють також соціальні фактори травматизації:

– порушення людських прав (порушення прав людини, такі як насильство, знущання, затримання, катування, засудження без вини та інші);

– евакуація та втрата матеріальних цінностей, майна (розплата, міграція, зміна умов життя, втрата майна тощо);

– економічна та соціальна нестабільність (втрата роботи, можливості отримання освіти, доступ до медичної допомоги, економічна вразливість і т. д.);

– руйнування інфраструктури (зруйновані будівлі, дороги, школи, медичний працівники і інша інфраструктура може створювати додаткові труднощі для осіб, що переживають війну);

– відчуженість, ізоляція.

– розриви в родинних та соціальних відносинах (війна може розривати родинні та соціальні зв'язки, призводячи до втрати підтримки та ізоляції);

– ефекти, що впливають на дітей та молодь (діти та молодь, які переживають війну, можуть бути особливо вразливими до травматичних факторів, що можуть впливати на їхній розвиток і психічне здоров'я).

Ці фактори можуть взаємодіяти і посилювати один одного, що призводить до серйозної травматизації особистості та подальшого впливу на їхнє фізичне і психологічне здоров'я.

Розуміння цих факторів травматизації під час війни важливо для розробки програм і стратегій психологічної підтримки, реабілітації та відновлення для осіб, які пережили воєнні конфлікти. Також важливо враховувати ці фактори при плануванні допомоги та ресурсів для ветеранів війни та інших постраждалих.

Колективні та індивідуальні травми різного ступеня тяжкості можуть викликати кризовий психологічний стан особи, який може проявлятися такими ознаками як: почуття тривожності та хвилювання, ускладнення в її діяльності, фіксація на пережитій травматичній ситуації, відчуття відчаю та безпомічності, негативна оцінка себе і втрата здатності планувати майбутнє.

Ці психологічні стани є складними і важливими для психічного здоров'я і добробуту особистості, і вони можуть вимагати підтримки, лікування і саморозвитку для подолання їхніх негативних наслідків.

У військовослужбовців можуть виникати наступні негативні стани в ієрархічному порядку, запропонованому Н. Агаєвим:

- 1) бойовий стрес;
- 2) бойова перевтома;
- 3) бойова психічна травма (БПТ);
- 4) посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як форма розвитку БПТ;
- 5) реактивні стани – неврози й реактивні або психогенні психози – як важкі форми психіатричної патології[2].

1.3. Психологічні чинники травматизації медичних працівників

У своїх працях сучасний дослідник А. Мартинов описує екстремальні умови професійної діяльності як ті, які впливають на особистість, викликаючи різні шкідливі і однозначно небезпечні фактори, які можуть призвести до стійких або навіть раптових втрат здоров'я. Ці умови можуть спричиняти травми або спровокувати розлади в організмі, і в деяких випадках, при несприятливих обставинах, вони можуть призвести до патологічних змін в самому організмі [21].

Інші дослідники звертають увагу не лише на небезпеку для життя та здоров'я людини в умовах екстремальної діяльності, але й наголошують на великому ризику розвитку дистресу, що може призвести до різноманітних нервових та психічних розладів. Ці розлади відомі як синдром посттравматичних стресових розладів.

Науковці у сфері психології наголошують на тому, що дослідження психології медичних працівників на сьогодні є актуальним та важливим. Цей напрямок потребує особливої уваги та підтримки з боку психологів через особливості та умови роботи медичних фахівців. Вони щодня стикаються з пацієнтами та їхніми родинами, і це може впливати на формування певного негативного досвіду. Складні умови роботи, безпосередня взаємодія зі шкідливими речовинами, перевищення нормативу робочого часу, постійний стрес і велика відповідальність можуть викликати особливі психологічні стани у медичних працівників. Таким чином, можна стверджувати, що ця професія є особливо ризиковою з точки зору можливості виникнення емоційного виснаження та емоційного вигорання та травматизації в цілому медичних працівників.

Професія медичного працівника відноситься до сфери «людина-людина». Ефективність цієї професійної діяльності залежить від психологічних чинників, які включають в себе аспекти професійних обов'язків медичний працівника чи медсестри, а також взаємодію з пацієнтами. Іншими словами, медичні

працівники, обираючи цю професію свідомо, мають внутрішню мотивацію для співпраці та надання високоякісної допомоги своїм пацієнтам.

Діяльність медичних працівників завжди визнавалася та є вкрай важливою та складною. Вона потребує не лише специфічних знань та вмінь, а також високого рівня практичних навичок і вищих духовних і моральних якостей. Проте, існують фактори, які призводять до особливого рівня стресу та напруги, і вимагають від медичних працівників значних фізичних та психологічних зусиль під час виконання їх обов'язків. Це часто призводить до розвитку синдрому емоційного вигорання. У сучасних умовах, особливо під час воєнних дій, ця проблема набула ще більшого значення і стала дуже актуальною для нашого суспільства.

Для осіб, які працюють в екстремальних умовах, таких як військові дії та діяльність медичних працівників в сучасних умовах, важливо зберігати свої психофізіологічні функції, які повинні відповідати наступним вимогам:

1. Висока емоційна стійкість.
2. Витривалість до втоми.
3. Проявлення виразних ознак сильної та збалансованої рухової активності вищої нервової діяльності.
4. Високі показники сенсомоторних реакцій, уваги та реакції на рухомі об'єкти, а також швидкість переключення уваги.
5. Добра зорова та слухова пам'ять [22].

Окрім цього симптоми синдрому емоційного вигорання у медичних працівників також включають різні компоненти, такі як фізичні, емоційні, поведінкові та соціальні аспекти. Серед них можна відзначити такі прояви як агресія, вияви роздратування у відношенні до пацієнтів, ігнорування їхніх потреб, вияви холодності в емоційних реакціях, відмову від особистого підходу, відчуття тривоги, знижену мотивацію, страх некомпетентності, погіршення короткочасної пам'яті, зменшену здатність до утримання концентрації уваги, труднощі виконання складних завдань, втрата інтересу до щоденної активності та інші подібні прояви.

Висновки до розділу I

Аналізуючи наукові дослідження психологів можемо констатувати, що вони спрямовані на виявлення факторів, що спричиняють емоційне вигорання. Зазвичай такими факторами вважаються особливості професійної діяльності, індивідуальні характеристики професіоналів та внутрішні аспекти їхньої роботи. Кожен із цих факторів може бути розглянутий в контексті основних категорій і характеристик, які дослідники, такі як В. Венгер, В. Федік, В. Ждан, А. Скрипніков, Л. Животовська, В. Пашковський, О. Мірошніченко та інші, пов'язують із психологією медичних працівників, і розподіляють їх у наступний спосіб:

По-перше, це мотивація вибору професії медичного працівника, його психологічний тип медичний працівника, які відіграють ключові ролі у цій професії. Праця в сфері медицини є вкрай складною, і ті, хто обирає цей шлях, мають мати справжнє покликання до медицини. У медичних працівників, які стикаються з синдромом професійного емоційного вигорання, може спостерігатися певна апатія до своєї роботи та більше витрат часу на встановлення діагнозу. Такі професійно втомлені медичний працівники можуть допускати помилки в діагностиці та лікуванні, проводити неправильні методи діагностики та лікування, і, можливо, триматися на роботі довше, або, навпаки, раніше залишати місце роботи [22].

По-друге, головні характеристики, якими має володіти особистість медичного працівника, включають соціально приписаний рівень перфекціонізму. Медичний працівник, як і представники багатьох інших важливих професій, повинні мати певні особисті та професійні якості, без яких неможливо виконувати свої професійні обов'язки. Чесність, гідність, авторитет і обов'язок медичний працівника є важливими і в той же час конкретними аспектами професії медичний працівник. Це слід розуміти у контексті універсальних професійних моральних цінностей медичний працівника, які охоплюють різноманітні аспекти. Відповідно перфекціонізм є потенційним чинником ризику професійного вигорання. Тобто процеси зниження рівня

соціально приписаного перфекціонізму та підвищення його рівня, спрямованого на самого себе, можуть значно знизити ризик вигорання[17].

По-третє, процес соціально–психологічної адаптації до професійної діяльності в екстремальних умовах є ключовим аспектом. Медичні працівники, які працюють під час військових конфліктів, стикаються з високим ризиком стресу, психічною дезадаптацією та нервово–психічними порушеннями, що можуть загрожувати власному здоров'ю та їх життю. Негативні, іноді деструктивні наслідки цього можуть призвести до вичерпання резервів організму, зниження продуктивності роботи, виникнення конфліктів між колегами, порушення дисципліни, зловживання алкоголем і, включаючи, тривале виконання службових обов'язків у стресових умовах, зокрема медичними працівниками.

По-четверте, це створення умов для самоактуалізації особистості в рамках концепції розвитку як людини так і суспільства. Ця концепція ґрунтується на ідеї підтримки самоорганізації та самовдосконалення, включаючи оптимальне використання всіх зусиль, вмінь, навичок і інших ресурсів в реальних умовах життєдіяльності. Мета полягає в тому, щоб реалізувати внутрішні потреби, враховуючи фізичні та психологічні можливості та резерви. Особистісний потенціал у даному контексті розглядається як характеристики та якості особистості, які є її ресурсами і сприяють досягненню самоактуалізації.

По–п'яте, здатність до співчуття (емпатії) та стиль спілкування відіграють важливу роль у взаємодії з пацієнтами. На думку, сучасних дослідників професійного вигорання О.Мірошніченко, В.Шелкова та інш., співчуття, або емпатія, є важливою складовою турботи і, водночас, стимулом для просоціальної діяльності[40]. Як визначено О. Мірошніченком, емпатія означає співпереживання емоційного стану пацієнта, дозволяючи медичним працівникам та іншим медичним працівникам сприймати проблеми пацієнтів на особистому рівні[22]. Робота з різними категоріями пацієнтів у воєнних умовах, такі як тяжко поранені, смертельно хворі, новонароджені чи люди похилого віку, в недостатньо

відповідних умовах надання медичної допомоги, пов'язана зі значним ризиком емоційного виснаження. Завдяки великому обсягу роботи та високій кількості пацієнтів, медичні сестри та медичний працівники можуть втратити здатність співчувати пацієнтам, відчутти перевтому, що може призвести до зменшення професійних обов'язків та негативного впливу на їхнє особисте життя[37].

Ще одним аспектом виступає процес взаємодії з колегами та умови створення здорового психологічного середовища в медичній галузі. Особливості комунікації між медичними працівниками і між медичним працівником і медсестрою полягають в тому, що відносини між медичними працівниками ґрунтуються на принципах колегіальності, рівноправності, чесності, справедливості, порядності та готовності передавати свої знання та досвід. Медичним працівникам покладається на душу обов'язок активно протистояти нечесному і некомпетентному поведженню колег та будь-яким проявам непрофесійної поведінки, яка може становити загрозу здоров'ю та життю пацієнтів [36]. Емоційне вигорання виражається у відстороненості від колег та може призвести до виникнення шкідливих звичок, що можуть негативно вплинути не лише на медичного працівника, але й на весь медичний заклад, оскільки медичні працівники мають доступ до різних медичних засобів, включаючи наркотичні [22].

Таким чином, можемо зазначити, що працівники у сфері охорони здоров'я, а серед яких переважно жінки, стоять на передньому фронті боротьби за життя та здоров'я населення України у воєнний період. Вони часто здійснюють свою роботу в умовах, де існує значний ризик для їхнього власного життя та фізичного і психічного здоров'я. Умови, в яких працюють медичні працівники, впливають не лише на ефективність їх роботи, але і налаштовані комплексом негативних факторів, що зменшують якість та своєчасність надання медичної допомоги населенню в умовах кризи. Виклики таких масових ситуацій вимагають мобілізації всіх можливих ресурсів, як фізичних, так і психологічних, від медичних працівників. Проте це також може призвести до емоційного вигорання цих фахівців.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Обґрунтування використаних методик та вибірки досліджуваних

Опираючись на аналіз існуючих наукових даних, було відібрано психодіагностичний інструментарій та проведено статистичний аналіз отриманих даних. Зокрема, було проведено аналіз методик. Основними критеріями у підборі методик були: – доцільність – можливість методик ефективно ілюструвати результати; – чутливість до виявлення змін; – достовірність, тобто репрезентативний характер результатів; – доступність – можливість використання та обробки їх результатів; – компактність – ефективність і репрезентативність в умовах економії часу.

Дослідження психологічних наслідків травматизації проводилося серед медичних працівників приватного медичного закладу м. Києва. Даний етап є одним із найбільш значимих, під час нього встановлювався контакт із досліджуваними та формувалися довірливі стосунки з метою отримання достовірних даних. У дослідженні брало участь 33 медичних працівника, віком від 24 до 60.

Нами підібрано комплекс методик, що дозволяє дослідити особливості травматизації медичних працівників:

1. Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for *DSM-5*, LEC). Встановлює чи трапилася подія із досліджуваним чи він був спостерігачем даної події, чи є це частиною роботи, чи подія сталася з другом чи родичем. Підраховують події окремо за вище перерахованими критеріями простим підрахунком.
2. Шкала задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale, SWLS 1985). була розроблена для визначення загальної когнітивної оцінки суб'єктом власного благополуччя, а не якоїсь окремої сфери – фінансової чи фізичного самопочуття. Адаптація та валідація Д.Леонтьєва та Є. Осіна (2003).

3. «Способи подолання» С. Фолкман (S. Folkman), Р. Лазарус (R. Lazarus) та ін. Адаптація Є. Бітюцької. При розробці адаптованого опитувальника у авторів була мета: розробити короткий опитувальник вивчення копінг–стратегій в деяких ситуаціях, що різняться за змістом. Експрес–тест складається з 29 тверджень і ще одного відкритого питання, при відповіді на яке респондент має можливість описати, що ще він використовував для вирішення важкої життєвої ситуації.

4. Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» за В. В. Бойком. Оскільки емоції займають важливе місце в професії медичного працівника, то важливо для нашого дослідження було чи не вигоріли вони під час війни. З метою визначення рівня емоційного вигорання була проведена дана методика.

Завдання дослідження:

1. Визначити актуальний психологічний стан респондентів.
2. Встановити тих, хто перебуває у стані стресу і травматизації.
3. Встановити травмівну подію, яку пережила медичний працівник.
4. Оцінити вплив травмівної події на людину.
5. Визначити особливості особистості відновлюватися після травмівної події, зокрема в подальшого життя відчувати задоволеність життям.

Розглядаючи подію як травмівну ми керувалися визначенням запропонованими у книзі «Психологічна травма та шлях до видужання» Джудіт Герман, «Основи травмофокусованої психотерапії» Джон Бріер, Кетрін Скотт[14].

Травмуюча подія – деяка подія в житті людини, що виходить за межі звичних людських переживань і яка могла б викликати психологічні розлади майже у кожній людині. Вона викликає специфічні реакції: – інтенсивний страх;– безпомічність;– жах. Події, що можуть викликати стрес:– природні ситуації (кліматичні – смерчі, урагани; сейсмічні – землетрес)– викликані медичним працівником(умисні – терор; неумисні – аварії)[14].

2.2 Психологічні особливості травматизації медичних працівників

На початку дослідження було встановлено стан досліджуваних. Отримано інформацію про їхній вік і стать. Також нашою задачею було встановити актуальний психологічний стан. Для вирішення поставленої задачі були задані питання про актуальний стан на сьогодні і можливі події життя, що є значимими у житті досліджуваних. Респондентам пропонувалася анкета з 6 питань.

Таблиця 2.1

Анкета для збору основних відомостей про досліджуваних

Вік _____ Стать _____ Сімейний стан _____ Стаж _____

№	Питання
1.	Яка подія Вам запам'яталася за останній час (1 рік)?
2.	Чи вплинула дана подія на ваше сьогоднішнє життя? Я саме?
3.	Що, на вашу думку, впливає на людину, що переживає певну подію? Фізичний фактор, відчуття в тілі? – Психологічне навантаження; – Соціальне неприйняття, відсутність соціальної підтримки чи навпаки підтримка і допомога близьких.
4.	Що допомогло впоратися з ситуацією?
5.	Хто допомагав, підтримував?
6.	Чи змінилося щось після цієї події? Якщо так, то що саме.

Дослідження проводилося з 33 медичними працівниками. Для збору інформації було проведено бесіду під час якої задавалися питання представлені у таблиці. За результатами 67% досліджуваних заміжні/одружені. Події, що називалися у поєднанні розмови: втрата (смерть) близької людини; розлучення; зрада; смерть пацієнта. Смерть пацієнта є значимою для медичних працівників, що досить недавно в професії (менше 5 років). Серед названих емоцій виділяли: страх, розпач, відчай, злість, ненависть, агресія, бажання помститися, сум.

Допомагало впоратися із ситуацією переключення на роботу, буденні справи, відволікання, додаткові способи заробітку. Допомогала підтримка близьких, рідних та колег. За допомогою до спеціалістів – психологів зверталися 37% опитаних. 38% досліджуваних зазначили, що ця подія стала значимою і після стану шоку та жаху дала можливість зібратися і пережити.

Уточнення потребували події, що могли травмувати. Також треба було визначити чи були ці події травматичними чи це просто ситуація стресу. Для досягнення поставленої мети ми використали: Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for *DSM-5*, LEC) (Додаток А).

На кожен пункт анкети досліджуваним пропонується обрати один із варіантів відповідей і зазначити чи: подія трапилась зі мною, я був свідком події, це сталося з моїм родичем або другом, це частина моєї роботи, складно відповісти, мене це не стосується. Окремо підсумовувалися відповіді за кожною шкалою. LEC-5 не дає загальну чи складну оцінку. Не існує офіційного протоколу підрахунку балів або інтерпретації як такої, крім визначення того, чи пережила особа одну або кілька перерахованих подій. В результаті обробки отримані такі результати: 32% досліджуваних – чоловіки віком від 35 до 58 років. 68% – жінки 35–60 років. 59% досліджуваних – місцеві медичні працівники, що перебували в Києві під час окупації і повномасштабного вторгнення, в досвіді вони мають травмивні події пов'язані з допомогою важко пораненим та конфлікти і розлучення в родині. Більшість із них говорять про страх покинути робоче місце, оскільки в їхню відсутність може статися ситуація на яку вони ніяк не зможуть вплинути. Під час розмови досліджувані говорять про себе як про людей, що тримають на своїх плечах фронт медичної допомоги. Серед травмивних: 23% респондентів називають взаємостосунки з дітьми; 35 % досліджуваних травмували переживання втрати(смерть близької людини) і розлучення. 52% – називають (визначають) як травмуючу – втрату пацієнтів та страх втратити роботу.

Дана анкета не має балів чи індексів, за її допомогою ми змогли зафіксувати факт події в житті респондента і встановити його роль в цій події (активна позиція подолання чи пасивне прийняття того, що сталося).

За результатами отриманими в ході дослідження: 44% були в зоні війни та активних бойових дій; 13% – були свідками бойових дій і надавали допомогу на війні; 20% – активно залучені до цього інформаційно і вважають, що тут вони значно ефективніші ніж на війні (відчувають стрес від інформативного перевантаження через війну) і 23% зараз працюють час від часу на війні(тобто раз на 6 місяців їх направляють на війну).

За результатами даної методики ми встановили, що кожен медичний працівник має у власному досвіді індивідуальний перелік травматичних подій, частина з яких прямо або опосередковано відноситься до комплексу травм воєнного часу з якими в мирний час, навіть у цій професії, не кожен досліджуваний стикнувся б. Такі події викликали думки про зміну професії та могли б спричинити зміну місця роботи і за визначеннями респондентів є травмівними. Дані події оцінюються досліджуваними як травматичний досвід.

Також ми спробували встановити спосіб реагування медичного працівника на травмівну подію. Ми провели обробку результатів за шкалою оцінки впливу травматичної події, що полягає у підрахунку балів за трьома субшкалами:

1. Субшкала вторгнення (описує, наскільки травма турбує зараз опитуваного; вказуються дані на період протягом місяця до заповнення опитувальника). За аналогією із фізичною травмою, це по суті розмір рани, тобто та область, де психологічні захисти не справляються (тому можуть виникати флешбеки, кошмари та ін.).
2. Субшкала уникнення (визначає, наскільки перенапружені психологічні захисти. Якщо використовувати аналогію з фізичною травмою, то ця субшкала показує, наскільки втрачена функціональність через травму).
3. Субшкала гіперзбудження (визначає, наскільки процес задіяв вегетативну нервову систему. Якщо використовувати аналогію з фізичною травмою, то це

можна порівняти з наявністю запалення: навіть не факт, що воно пов'язане безпосередньо з травмою, хоча наявність травми цілком може бути причиною, і вона погіршує прогноз мимовільного лікування).

Таблиця 2.2

Життєві події, що травмували досліджуваних(подані у відсотках)

№	Події	Результат (у відсотках) по субшкалах		
		вторгнення	уникнення	гіперзбудження
1.	Смерть рідних	66,7	57,1	57,4
2.	Розлучення, втрата довірливих стосунків з близькими	18,8	14,7	13,8
3.	Соціальна незахищеність	14,5	27,3	27,7
4	Переїзд на інше місце проживання	0	0,9	1,1

Відповідно до отриманих результатів найбільший вплив на психологічний стан опитуваних має травма, яка пов'язана зі смертю рідних та розлучення, втрата довірливих стосунків з близькими. Опитувані, що мали травматизацію від втрати рідних не перейшли «порогові» значення та мають високу здатність опору травматизації.

Часто медичні працівники відзначають втрату пацієнта. Опитувані оцінюють це як подію описуючи її таким чином: «Це життя і так має статися, я не Бог, але відчуття наче земля пішла з–під ніг, проте нас вчили це переживати і я сам зміг налаштуватися на подальшу роботу»; «Я не причетний до того, так мало статися». Тобто ці ситуації, ситуації втрати, включають захисти і копінгові стратегії особистості. Всі опитувані (100%) зазначали, що їх підтримували рідні, близькі люди та друзі, тобто є прямі вказівки на значимість соціального оточення у подоланні такого травматичного епізод. Наступні схожі ситуації переживаються не так гостро. Зогляду на отримані результати можна припустити, що це формує певну стресостійкість до такого роду ситуацій.

У досліджуваних наявні спроби уникати думок, дій, місць і людей, які викликають спогади про травму, а також відчуттів і розмов пов'язаних з травмою. Перші етапи характеризуються небажанням повертатися на робоче місце. Наступний випадок на робочому місці вже сприймався як невідворотність.

Приблизно 50 % медичних працівників запитували чи нормально, те, що ця ситуація не викликає відпочаткових реакцій. Можна припустити, що отримані показники є свідченням професійної деформації, яка дозволяє формувати професійну позицію медичного працівника без надмірної травматизації і заглиблень у самокопання. За субшкалою гіперзбудження 27,7% вказали на соціальну незахищеність, тобто ми можемо інтерпритувати таку ситуацію як ситуацію несправедливості щодо медика і вона викликає досить сильні переживання. На нашу думку, у разі загострення ситуації, соціальна складова може стати рушійною щодо зміни професії. Відмічають також складності при засинанні та розлади тривалості сну в наслідок професії. Зазначали, що після 3–4 нічних чергувань, засинаєш там де стоїш, тобто виснаження чергується високим рівнем відновлюваності за короткий проміжок часу, але може призвести до вигорання.

За отриманими результатами, найбільш травмівними події війни стали для досліджуваних 48–60 років. Вони описують цей стан, як такий коли потрібно було починати своє життя «з нуля». Основними психологічними страхами у цих досліджуваних був страх за власне життя та життя своїх дітей і онуків, напруженість, безпорадність, зміна цінності життя, страх планувати майбутнє, гнів, бажання помститися

Серед опитуваних 18, 8% травматичною ситуацією вважають розлучення з коханими чи дружиною/чоловіком та обмеження спілкування з дітьми. У даному випадку вони вказали на різні почуття, що їх переповнювали. Одні зазначили, що це був єдиний правильний вихід із ситуації (тобто раціонально, когнітивно переопрацювали та прийняли), але відчуття втрати, обмеження спілкування з дітьми, відчуття зради, душевний біль були присутні у їхньому

житті. Інші вказали на відчуття несправедливості щодо них, знову ж таки відчуття втрати, відчуття апатії, втрата смислу життя, думки про свою неповноцінність. Основна підтримка була з боку колег по роботі та близьких людей, але найважчим було відчуття самотності. До спеціалістів–психологів зверталися 21% досліджуваних.

Опрацювавши отримані результати, можна констатувати, що травмуюча подія повторно переживалася і мала прояви у вигляді одного чи декількох наступних проявів (інтрузій), а первинна реакція на стрес підвищила опірність даній ситуації у 77% досліджуваних. 23% респондентів змушені витратити багато енергії і ресурсів на стійкість перед негативними психологічними станами, що виникають в стресогенному і травматичному середовищі.

Травма розуміється нами як певна подія, переопрацювання якої може бути довготривалим та повторюваним у часі (минуле ототожнюється з теперішнім). Таким чином, саме на прийняття і повноцінне розуміння та переопрацювання впливає ригідність – складність і нездатність швидко перелаштовуватися до викликів все нових і нових ситуацій.

Оскільки за попередньою методикою встановлені показники незадоволеності соціальною ситуацією, то ми вирішили встановити рівень здатності відновлюватися після трагічної події в умовах, що не сприяють такому відновлінню. Дослідження проводили через оцінку власного благополуччя за Шкалою задоволеності життям (SWLS). Дана методика (E.Diener, R. A.Emmons, R. J.Larsen, S.Griffin, 1985), була розроблена для визначення загальної когнітивної оцінки власного благополуччя у всіх сферах життя, а не окремої сфери – фінансової чи фізичного самопочуття. Валідизована шкала Д.Леонт'євим та Є. Осінім. (Додаток Б).

Досліджуваний зазначає наскільки він згоден або не згоден з кожним із п'яти пунктів методики за 7–бальною шкалою (де 7 – цілком згоден, 1 – абсолютно не згоден). Структура суб'єктивного благополуччя складається з двох компонентів – афективного (емоційного) та когнітивного.

Нас цікавив когнітивний компонент (власна оцінка задоволеності життям). На нашу думку саме здатність до когнітивного переопрацювання травмивної події та встановлення її значимості для формування досвіду медичного працівника є значимим. Ми включили цю методику в дослідження для того, щоб виявити як почувається медичний працівник в умовах війни – чи перебуває під впливом пережитого травмивного досвіду, чи даний досвід у переопрацьованому вигляді слугує потенційним платцдармом для виходу з травми.

Таблиця 2.3.

**Шкала задоволеності життям (результати подані у відсотках)
(SWLS)**

№	Задоволеність життям	Кількісний показник (у відсотках)		
		Високий	Середній	Низький
1.	Задоволені своїм життям	48	36	16
2.	Цілком задоволені власним життям	20	52	28
3.	Здебільшого задоволені своїм життям	27	51,5	21,5
4.	Бажання щось змінити	4	26	70

Отримані дані засвідчили, що 48% досліджуваних задоволені своїм життям і відчують «смак» кожного прожитого дня, навіть якщо доводиться вирішувати складні задачі і долати труднощі та стикатися з проблемами.

Цілком задоволені власним життям 20% досліджуваних, проблеми воєнного часу мотивують до подальшого їх подолання. Респонденти відмічають, що мають сили на це. Ще 27% здебільшого задоволені своїм життям, але знають свої зони розвитку, які потребують поліпшення. 4% мають проблеми в певних сферах свого життя, відчують бажання щось змінити, але не знають як. Тобто є тимчасова незадоволеність життям, що оцінюється ними як те, що стимулює людину до розвитку. Ми вважаємо, що основне місце при переопрацюванні травми повинно відводитися когнітивним процесам і

структурам, які дозволяють оцінити подію через індивідуальне бачення події досліджуваними.

Для побудови комплексної моделі травмивної події необхідні емпіричні дослідження з використанням відповідних методик, націлених на виявлення індивідуальних особливостей та взаємодії з травматичним епізодом, зокрема його означенням у досвіді та посттравматичним оточенням, що можливо лише у індивідуальній взаємодії і побудові розширеної програми дослідження.

Окрім зазначених вище, до психодіагностичного дослідження було додане відкрите запитання: «З урахуванням можливих проблем і складностей життя, зумовлених викликами війни, чи є позитивні сторони, вигоди або переваги в цьому досвіді? Якщо так, то які саме?». Це дало нам змогу в довільній формі познайомитись з індивідуальним досвідом медичних працівників в умовах війни. Нас цікавило, які саме механізми подолання, допомагають справлятися, що саме є ефективним.

2.3 Емоційне вигорання медичних працівників

Світ емоцій людини багатогранний і тому без їхнього дослідження ми не могли обійтися. Звичайно, емоцій стільки, скільки ситуацій, у яких перебуває особистість. Ми брали до уваги розрізнення трьох пар найбільш простих: задоволення – невдоволення; напруга – вирішення; збудження – заспокоєння.

Емоції задоволення (приємного переживання) або невдоволення (неприємного переживання) біологічно розвивались як відображення зв'язку організму з зовнішнім середовищем і встановленням у процесі цього зв'язку вимог, які медичний працівник ставить до оточуючого середовища. В основі найпростіших емоцій лежать безумовні рефлекси.

Більш складні переживання «приємного» і «неприємного» розвиваються у людини по принципу умовних рефлексів, як почуття. Емоції задоволення – незадоволення, що супроводжують виконання будь-яких дій, відіграють основну роль у перетворенні їх у звичку.

Емоції та здатність їх контролювати і відслідковувати в професії медичного працівника займають важливе місце, оскільки дана професія передбачає постійну взаємодію з людьми і можуть бути показниками того чи справилася людина з травмівною ситуацією чи ні. Оскільки емоції займають важливе місце в професії медичного працівника, то важливо для нашого дослідження було чи не «вигоріли» вони під час війни. З метою визначення рівня емоційного вигорання була проведена методика, Діагностика рівня емоційного вигорання за В.В. Бойком.

Результати отримані шляхом підрахування кількості осіб з високим, середнім та низьким рівнем вираження кожного показника й представлені у відсотковому еквіваленті. У таблиці 2.4. представлені загальні дані розвитку фаз та симптомів «емоційного вигорання» у медичних працівників.

Ступінь емоційного вигорання медичних працівників

№	I фаза					II фаза					III фаза					Загальний бал
	1	2	3	4	Σ	5	6	7	8	Σ	9	10	11	12	Σ	
1	25	3	9	18	53	30	3	8	25	66	20	13	13	10	56	175
2	17	8	0	18	53	25	7	20	25	77	23	16	15	23	77	207
3	9	11	7	20	47	7	15	20	25	67	18	6	18	20	62	176
4	12	15	17	18	62	22	15	13	25	75	17	25	10	12	64	201
5	9	15	5	16	45	25	2	15	24	66	27	0	10	25	62	173
6	22	12	26	15	75	22	8	18	30	78	15	25	20	25	85	238
7	17	0	1	15	33	20	17	16	28	81	10	17	10	7	44	158
8	22	10	21	15	68	30	2	30	20	82	18	5	13	25	61	211
9	22	23	9	13	67	12	24	25	28	89	7	5	10	30	62	218
10	12	0	8	3	23	13	9	15	25	62	7	3	3	16	29	114
11	22	5	5	23	55	20	7	23	16	66	8	3	5	30	46	167
12	25	17	13	25	80	30	20	13	15	78	20	18	20	10	68	226
13	19	10	8	8	45	15	5	30	30	80	25	20	17	10	72	197
14	25	17	16	25	83	30	20	33	20	93	20	28	30	25	103	279
15	22	10	8	18	58	17	18	7	23	65	7	3	13	15	38	161
16	12	0	7	8	27	17	9	20	19	62	10	11	5	13	39	128
17	0	5	0	2	7	15	19	0	22	56	0	8	3	10	21	114
18	0	3	2	8	13	16	5	15	19	55	10	3	3	13	29	97
19	9	0	2	5	16	24	20	0	14	58	10	10	8	10	38	112
20	15	8	3	5	31	10	10	13	13	46	18	10	13	7	48	125
21	12	4	17	7	40	5	7	15	14	31	8	8	3	5	24	95
22	12	0	2	3	17	20	7	5	5	37	2	3	3	13	21	75
23	10	8	2	8	28	12	10	0	20	42	8	3	3	10	24	94
24	2	3	2	13	20	10	17	2	17	46	10	3	0	5	18	84
25	15	5	4	0	24	20	13	2	20	55	20	16	10	8	54	133
26	12	4	17	7	40	5	2	12	17	36	8	8	3	5	24	100
27	22	2	0	18	42	12	10	11	15	48	2	8	5	16	31	121

28	3	0	2	2	7	12	0	12	5	39	2	7	6	10	25	71
29	22	5	5	23	55	20	7	18	13	58	3	3	15	30	41	154
30	2	3	2	8	15	15	12	5	7	39	0	0	3	13	16	70
31	9	3	16	8	36	18	12	0	0	30	0	5	0	15	20	86
32	2	0	2	11	15	10	20	0	5	35	0	3	3	15	21	71
33	9	3	2	11	25	2	7	7	15	31	7	10	0	5	22	78

Згідно з результатами представленими в даній таблиці, всі досліджувані поділяються за кількістю набраних балів, як в окремих фазах, так і за загальною кількістю набраних балів.

Всю вибірку можна розділити на три групи, за таким критерієм як, сформованість фаз:

1 група – синдром повністю сформувався хоча б в одній з фаз (тобто підсумкова кількість балів в одній з фаз більше або дорівнює 61);

2 група – синдром знаходиться в стадії формування хоча б в одній з фаз (тобто підсумкова кількість балів в одній з фаз знаходиться в проміжку від 37 до 60 балів);

3 група – синдром не сформувався (тобто підсумкова кількість балів ні в одній з фаз не перевищує 36 балів).

У першу групу увійшло 16 медичних працівників, що складає 49 %; до другої групи 14 осіб, що становить 42 %; в третю групу 3 осіб, що становить 9 %.

Отже, найчисленнішою виявилася група медичних працівників з синдромом вигорання, сформованим хоча б в одній з фаз. А найменш чисельною є група з несформованим синдромом.

У наступній таблиці 2.5 представлена вираженість фаз і симптомів у різних групах:

Рівень розвитку симптомів емоційного вигорання

Фаза	Симптоми	1 група		2 група		3 група		всього		
		чол.	%	чол.	%	чол.	%	чол.	%	
«Напруження»	1	«Переживання психотравмуючих обставин»								
	склався	11	33,3	6	18,2	0	0	17	51,5	
	складається	3	9	2	6,1	0	0	5	15,2	
	2	«Незадоволеності собою»								
	склався	3	9	0	0	0	0	3	9	
	складається	7	21,2	0	0	0	0	7	21,2	
	3	«Загнаності в клітку»								
	склався	4	12,1	2	6,1	1	3	7	21,2	
	складається	1	3	0	0	0	0	1	3	
	4	«Тривоги і депресії»:								
	склався	9	27,3	2	6,1	0	0	11	33,3	
	складається	4	12,1	1	3	2	6,1	7	21,2	
«Резистенції»	1	«Неадекватного емоційного реагування»								
	склався	12	36,4	5	15,2	1	3	18	54,5	
	складається	3	9	7	21,2	1	3	11	33,3	
	2	«Емоційно-моральної дезорієнтації»								
	склався	5	15,2	3	9	1	3	9	27,3	
	складається	2	6,1	5	15,2	1	3	8	24,2	
	3	«Розширення сфери економії емоцій»								
	склався	10	30,3	1	3	0	0	11	33,3	
	складається	4	12,1	6	18,2	0	0	10	30,3	
	4	«Редукції професійних обов'язків»:								
	склався	15	45,5	6	18,2	0	0	21	63,6	
	складається	1	3	5	15,2	1	3	7	21,2	
«Виснаження»	1	«Емоційного дефіциту»								
	склався	9	27,3	2	6,1	0	0	11	33,3	
	складається	3	9	3	9,1	0	0	6	18,2	

2	«Емоційної відстороненості»								
	склався	7	21,2	2	6,1	0	0	9	27,3
	складається	2	6,1	1	3	1	3	4	12,1
3	«Особистісної відстороненості»:								
	склався	5	15,2	0	0	0	0	5	15,1
	складається	8	24,2	3	9,1	0	0	11	33,3
4	«Психосоматичних та психовегетативних порушень»:								
	склався	9	27,3	2	6,1	0	0	11	33,3
	складається	3	9,1	7	21,2	2	6,1	12	36,4

Аналізуючи отримані результати можна прослідкувати, що у фазі «напруження», у першій і в другій групах, домінує симптом «переживання психотравмуючих обставин» (відповідно 33,3% медичних працівників і 18,2%), це означає, що досліджувані, що потрапили до цих груп в даний час відчувають вплив психотравмуючих чинників, наростає напруга, яка виливається у відчай і обурення. У третій групі, немає жодної людини зі сформованим даним симптомом.

Відчуття «незадоволеності собою» сформувалося лише у медичних працівників першої групи (9%), це говорить про те, що в основному вони не відчувають невдоволення собою в професії і конкретними обставинами на робочому місці, але у 21,2% досліджуваних першої групи цей симптом починає формуватися, і можна говорити про те, що починає діяти механізм «емоційного перенесення», тобто вся сила емоцій направлена на себе. Це проявляється в інтенсивній інтеріоризації обов'язків, підвищеній совісності та почутті відповідальності, що відповідно збільшує напругу, а на наступних етапах "вигорання" може провокувати психологічний захист.

Симптом «загнаності в клітку» у трьох групах 21,2% медичних працівників і лише у 3% знаходиться в стадії формування. Це може означати, що дані досліджувані відчувають або починають відчувати стан інтелектуально – емоційного затору, глухого кута. До цього можуть приводити організаційні недоліки, повсякденна рутинна і т.д.

Останній симптом на даній фазі, симптом «тривоги і депресії» склався у значної кількості медичних працівників з першої групи – 27,3% і у 12,1 % складається, це свідчить про те, що дані люди відчувають напругу у формі переживання ситуативної та особистісної тривоги, розчарування в професії. Сформований симптом нервової тривожності означає початок опору стресових ситуацій та початок формування емоційної захисту. У другій групі даний симптом виражений набагато менше (6,1%). У третій групі симптом не склався і складається в дуже невеликої кількості людей (6,1%). У цілому фаза «напруги» сформувалася у 33,3% медичних працівників, знаходиться в стадії формування у 21,2%, і не сформувалася у 45,5%.

В цілому фаза напруги сформувалася у 18,2% медичних працівників, знаходиться в стадії формування у 33,3%, і не сформувалася у 48,5%.

У фазі «резистенції» домінуючим є симптом редукції професійних обов'язків. Цей симптом склався у 63,6% медичних працівників, з першої і другої груп (45,5% і 18,2%) і складається у 21,2% медичних працівників, з них: 3% відноситься до першої групи, 15,2% до другої групи і 3% до третьої групи. Це означає, що у даних медичних працівників виявляються спроби полегшити обов'язки, які вимагають емоційних витрат. Одним із прикладів такого спрощення є недостатня увага до пацієнтів та колег.

Наступним за ступенем вираженості є симптом «неадекватного вибіркового емоційного реагування». Цей симптом склався у 54,5% медичних працівників, з них: в першій групі 36,4%, 15,2% друга та 3% третя. У 33,3% медичних працівників складається, з них: 9% відноситься до першої групи, 21,2% до другої групи і 3% до третьої групи. Це свідчить про те, що медичний працівник перестає вловлювати різницю між двома принципово відмінними явищами: економним проявом емоцій і вибірковістю емоційного реагування, ніби економить емоції. Неадекватна економія емоцій обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування в ході робочих контактів. Діє принцип «хочу або не хочу», вважатиму за потрібне – приділю увагу даному пацієнту, а не захочу то ні. При цьому здається, що він чинить допустимим чином. Суб'єкт

спілкування фіксує при цьому інше – емоційну черствість, байдужість і неповагу до особистості.

Наступним за ступенем виразності є симптом «розширення сфери економії емоцій». Він склався у 33,3% медичних працівників, з них: у першій групі 30,3% і лише 3% у другій. У 30,3% симптом складається, і на першу групу припадає 12,1%, 18,2% на другу. У третій групі даний симптом не склався. Це говорить про те, що дана форма захисту здійснюється поза професією – у спілкуванні з рідними, друзями. На роботі ці люди тримаються відповідно до норми, а вдома закриваються в собі або, можуть агресивно реагувати.

Найменш вираженим у цій фазі виявився симптом «емоційно-моральної дезорієнтації». Він склався у 27,3% медичних працівників, з них: 15,2% відносяться до першої групи, 9% – до другої та 3% – до третьої. Складається цей симптом у 24,2% медичних працівників, де 6,1% припадає на першу групу, 15,2% –на другу та 3% –на третю групу. У таких медичних працівників нерідко виникає потреба в самовиправданні, не виявляючи належного емоційного ставлення до суб'єкту, він захищає свою стратегію. Також, не проявляють належного емоційного ставлення до свого підопічного, ще й виправдовується: «таким людям не можна співчувати», «Чому я повинен за всіх хвилюватися», «вона ще й на шию сяде» і т.п.

У цілому фаза «резистенції» сформувалася у 48,5% медичних працівників, а в стадії формування знаходиться у 36,4%, і не сформувалася у 15,2%.

У фазі «виснаження» домінуючими є симптоми «емоційного дефіциту» та «психосоматичних та психовегетативних порушень».

Симптом «емоційного дефіциту» склався у 33,3% досліджуваних. З них: 27,3% у першої групи і 6,1% у другої. Складається даний симптом у 18,2% медичних працівників, де 9% припадає на першу та другу групи. В третій групі симптом не склався. Медичний працівник, з даним симптомом відчуває, що емоційно він не може допомагати суб'єктам своєї діяльності. Невзможі увійти в їх становище, брати участь у спільній діяльності, співпереживати,

відгукуватися на ситуації, що повинні зачіпати, спонукати, підсилювати інтелектуальну, волюву й етичну віддачу. Якщо позитивні емоції проявляються все рідше, а негативні частіше, значить, симптом посилюється. Грубість, дратівливість, образи – все це прояви симптому «емоційного дефіциту».

Симптом «психосоматичних та психовегетативних порушень» склався у 33,3% медичних працівників. З них: 27,3% відноситься до першої групи і 6,1% до другої. Складається у 36,4% медичних працівників, де 9,1% припадає на першу групу, 21,7% – на другу та 6,1% – на третю. Проявляється на рівні фізичного та психічного самопочуття. Часом навіть думка про важких хворих, підопічних викликає погані настрої, погані асоціації, почуття страху, неприємні відчуття в області серця, судинні реакції, загострення хронічних захворювань. Перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматики свідчить про те, що емоційний захист (вигорання) самостійно вже не справляється з навантаженнями і енергія емоцій перерозподіляється між іншими підсистемами особистості.

Наступним за ступенем виразності є симптом «емоційної відстороненості». Він склався у 27,3% медичних працівників, де 21,2% відноситься до першої групи та 6,1% – до другої. Складається цей симптом у 12,1% медичних працівників, з них: 6,1% припадає на першу групу та по 3% – на другу й третю групи. Медичні працівники, уражені цим симптомом, майже повністю виключають емоції із професійної діяльності. Їх майже не хвилюють, не викликають емоційного відгуку – ні позитивні обставини, ні негативні.

Найменш вираженим є симптом «особистісної відстороненості». Він склався у 15,2% медичних працівників тільки з першої групи. Але складається цей симптом у більшій кількості медичних працівників – 33,3%. З них: 24,2% відноситься до першої групи, 9,1% – до другої. Даний симптом виявляється в процесі спілкування у вигляді часткової втрати інтересу до суб'єкта професійної діяльності.

Вцілому фаза «виснаження» сформувалася у 30,3% медичних працівників, в стадії формування у 27,3% і не сформувалася у 42,4% медичних працівників.

Таким чином, ми бачимо, що найбільша кількість досліджуваних знаходиться в другій фазі емоційного вигорання, у фазі «резистенції» – опору; у фазі «виснаження» 42,4% випробовуваних не схильні синдрому емоційного вигорання. Даний факт може говорити про те, що, при проведенні корекційної роботи більшість медичних працівників може самостійно впоратися з негативними проявами синдрому емоційного вигорання.

Ми розглянули кількісні показники синдрому емоційного вигорання. Розглянемо тепер можливу залежність вигорання від стажу роботи.

Аналізуючи показники фаз можна помітити, що у фазі «напруги» найбільш високі показники, мають медичний працівники зі стажем роботи: від 11 до 20 та від 21 року і більше. У медичних працівників зі стажем роботи до 10 років показники мають низький рівень.

У фазі «резистенції», ми бачимо зростання рівня опору від першої до другої групи (від 0 до 20 років), потім невеликий спад у групі медичних працівників зі стажем роботи від 21 року і більше.

Фаза «виснаження» найбільш яскраво виражена у медичних працівників зі стажем роботи від 11 до 20 років; потім у медичних працівників зі стажем роботи понад 20 років. І не виражена у медичних працівників зі стажем роботи від 0 до 10 років.

Таким чином, найбільш високі показники мають досліджувані зі стажем роботи від 11 до 20 років. Тобто, досліджувані, що увійшли до цієї групи, вікові межі якої від 35 до 42 років, виявилися найбільш схильними до синдрому емоційного вигорання. Можна припустити, що це пов'язано з особливостями віку, а саме цей вік частково збігається з кризою середини життя. Приблизно в цьому віці настає момент переоцінки основних життєвих досягнень, що були здійснені до даного періоду. Відбувається оцінка своїх професійних досягнень, у вигляді підвищення заробітної плати, статусу, посади і т.д. Якщо цього не

відбувається медичний працівник починає відчувати емоційний дискомфорт, психологічну напругу, незадоволеність працею, переважно. І це може бути одним з чинників формування синдрому емоційного вигорання.

Це період, коли діти покидають батьків, можуть виникати кризи в сімейних стосунках, яка характеризується загальним рівнем невдоволення шлюбом, підвищенням конфліктності в сім'ї.

У медичних працівників зі стажем роботи понад 21 рік, вікові межі 43 – 60 років, всі фази синдрому емоційного вигорання також мають тенденцію до спадання. Серед медичних працівників зі сформованим і що формується синдромом виявилася однакова кількість (46,7% і 46,7%), а не сформувався він лише в 6,7%. В цьому віці більшість людей досягає вершини професійної та суспільної кар'єри. Також даний вік пов'язаний з кризою ідентичності особистості. Перед медичним працівником постає питання: «А навіщо все це? Навіщо я працюю, навіщо живу?» посилюючись ситуацією війни це може вплинути на виникнення синдрому емоційного вигорання.

Медичні працівники зі стажем 0–10 років. Можливою причиною вигорання в цьому віці може стати невідповідність очікувань пов'язаних з професією і реальною дійсністю. Можуть виникати труднощі при зіткненні із ситуаціями, до яких молодий працівник був не готовий або не підготовлений. Тому, у медичних працівників даного віку у 25% сформувався синдром емоційного вигорання, у 62,5% – складається та у 12,5% – не сформувався.

Порівнюючи результати усіх трьох груп, ми побачили, що найбільш високі показники мають медичні працівники зі стажем роботи від 11 до 20 років. Ця група є найбільш вразливою до прояву синдрому «емоційного вигорання» та його компонентів.

2.4. Результати дослідження копінг стратегій медичних працівників

Наступним завданням для перевірки гіпотези було вивчення що дозволило б перевірити гіпотезу щодо конструктивного вирішення проблеми стресових станів медичних працівників, за допомогою таких копінг–стратегій, як самоконтроль, прийняття відповідальності, планування вирішення проблеми,

позитивна переоцінка, і дати обґрунтовану оцінку застосованих психологічних способів подолання.

На даний момент створено багато різних класифікацій копінг-поведінки. Жодна з них не вважається загальноприйнятою і достатньо точною. Найбільш поширеною є класифікація Р. Лазаруса та С. Фолкмана, які виділили два основні типи копінгу:

- проблемно-орієнтовний копінг;
- емоційно-орієнтовний копінг.

Використана нами методика «Способи подолання» С. Фолкман (S. Folkman), Р. Лазарус (R. Lazarus) та ін. Адаптація Є. В. Бітюцької. Експрес-тест складається з 29 тверджень і ще одного відкритого питання, при відповіді на яке респондент має можливість описати, що ще він використовував для вирішення важкої життєвої ситуації.

Отримані результати засвідчують, що більшість медичних працівників продемонстрували середні показники за всіма шкалами опитувальника копінг-стратегій Лазаруса-Фолкмана [32]. Це вказує на відсутність домінуючого вираження певної копінг-стратегії, за винятком лише однієї, — «самоконтроль», яка характеризується як зусилля з регулювання своїх почуттів і дій, і за якою високі показники розвинутості цієї копінг-стратегії показали майже третина (30%) респондентів. Більша частина медичних працівників – 80% – використовує змішані копінг-стратегії, тобто вони вирішують ситуації за допомогою декількох стратегій опанування залежно від ситуації та обставин, в яких вони опиняються. Отже, досліджувані прагнуть використовувати більш конструктивні шляхи адаптації. Вони пов'язані з особистісною зміною у відповідності з отриманим досвідом.

Стратегії подолання пов'язані з особливостями процесу особистісного становлення, який відображає зміну особистісно-поведінкових та інтерперсональних характеристик. Крім того, копінг-стратегії опосередковані системою особистісно-професійних цінностей суб'єкта.

Представлена характеристика структурних компонентів та функціональних ознак виділених копінг–стратегій, дала змогу окреслити фактори, які визначають пониження виникнення і переживання стресових ситуацій. Відповідно виділено три фактори збереження професійного здоров'я:

1) психофізіологічний фактор (є базовим і характеризує фізичні копінг–ресурси), визначається високим рівнем загальної нервово-психічної активності (гарний настрій, відсутність втоми, відсутність порушення циклу «сон–активність»), емоційною стійкістю, високою експресивністю;

2) особистісно–рольовий фактор (характеризує соціально–психологічні копінг–ресурси), визначається комунікабельністю, соціальною сміливістю, практичністю, середнім значенням конформізму та підозрливості; відсутністю рольової конфліктності та невизначеності, високою мотивацією до саморозвитку та професійного зростання;

3) організаційно–статусний фактор (характеризує морально–нормативні ресурси), визначається адекватною самооцінкою, соціальним інтересом, прагненням до людей, моральною нормативністю, високим контролем над собою, вмінням планувати дії та оцінювати результати діяльності, самостійністю, високим рівнем саморегуляції.

Зазначені фактори у медичних працівників потрібно розглядати у тісній взаємодії між собою, тим самим демонструючи їхні особистісно–поведінкові комплекси, які визначають професійну надійність.

Отже, копінг – це процес, який постійно змінюється, оскільки особистість і середовище завжди утворюють нерозривний, динамічний взаємозв'язок і мають один на одного взаємний вплив.

Подолання травмівних ситуацій забезпечується мобілізацією особистих ресурсів, що відображені у певних копінг–стратегіях. Характер цих стратегій значною мірою залежить від особистісних особливостей, життєвого досвіду та інших психологічних факторів, що визначають індивідуальну своєрідність процесу подолання. З цього можна припустити, що існує взаємозв'язок між тими особистісними конструктами, за допомогою яких медичний працівник

формує своє ставлення до життя і тим, яку стратегію поведінки при стресі (оволодіння ситуацією) вибирає.

Конструктивні копінг стратегії які використовують медичні працівники:

- переоцінка важкої ситуації;
- позитивне когнітивне оцінювання загрози;
- когнітивне відволікання і переключення уваги;
- позитивний рефреймінг;
- активна діяльність у подоланні проблем;
- пошук підтримки, як емоційної, так і практичної;
- пошук «вигоди» від ситуації;
- пошук підтримки, як емоційної, так і практичної;
- відновлення індивідуальної та професійної компетентності, корелюють

із задоволеністю життям та встановленням сенсу життя.

За результатами опитування можна зробити висновок, що досліджувані більш внутрішньо переживали дану травматичну подію. Вони повністю занурилися в роботу, щоб забезпечувати свої сім'ї.

Найбільш травмівними для досліджуваних є втрата роботи/безробіття/боязнь втратити роботу при зростаючій конкуренції в теперішній нестабільний час.

Досліджувані зазначали, що бояться зробити щось неправильно, виявитися недостатньо кваліфікованими працівниками.

Наявні скарги на тривогу, погіршення самопочуття і настрою, надмірну настороженість, надмірну пильність.

Як виявилось, незначні травми не є надзвичайно стресовими і з ними медичні працівники справляються засобами копінгу. Критичний стрес після травми викликає формування симптомів ПТСР, за яких система копінгу руйнується. Помірний стрес призводить до руйнувань у структурі Я. Це проявляється у симптомах ПТСР, які показують потребу психіки у когнітивному та емоційному опрацюванні нової інформації, з іншого боку – він

не настільки сильний, щоб знищити здатність людини провести таке опрацювання.

Згідно отриманих результатів, було сформовано, прораховано та досліджено кореляційний аналіз за Пірсоном (Див.табл 2.5).

Таблиця 2.6

Кореляційний аналіз за Пірсоном

Показники	Виснаження	Напруження	Резистенція
Психофізіологічний фактор	1	0,42	-0,23
Особистісно–рольовий фактор	0,42	1	-0,38
Організаційно–статусний фактор	-0,23	-0,38	1

Варто відзначити, що значення коефіцієнта кореляції знаходиться в межах від -1 до +1. Значення близькі до 1 або -1 вказують на сильний зв'язок між змінними. Позитивне значення вказує на прямий зв'язок, негативне - на обернений.

Отже, існують помірні кореляційні зв'язки між психофізіологічними показниками та виснаженням. Напруження корелює із особистісно-рольовим фактором. Спостерігаються певні закономірності в динаміці розгортання симптомів вигорання на різних стадіях - від переважання переживань травматичних подій до неадекватних емоційних реакцій та емоційного відчуження. В процесі розвитку вигорання послідовно змінюються домінуючі фази - спочатку Виснаження, потім Напруження, і на останніх етапах - Резистенція. Наявний взаємозв'язок між складовими вигорання - емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням професійної мотивації. Посилення одного симптому супроводжується проявом інших.

Висновки до II розділу

Багато професій вимагає уміння контролювати емоції, особливо професії системи людина-людина. Медичний працівник повинен добре володіти емоціями оскільки професійна діяльність передбачає роботу з людьми, що хворіють, їхніми родичами та близькими.

Синдром емоційного вигорання, за К. Масlach і С. Джексон, трьохкомпонентна система, що складається з емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції власних особистісних прагнень.

На сьогодні дослідниками виділено понад 100 симптомів емоційного вигорання. Першими симптомами, які можна виявити є загальне почуття втоми, вороже ставлення до роботи, почуття занепокоєння, сприймання роботи як такої, що постійно ускладнюється та стає менш результативною. Існують різні класифікації симптомів, але найпоширенішою є поділ їх на три групи: психофізичні, соціально – психологічні та поведінкові.

Проаналізувавши всі отримані результати, можна констатувати, що синдром емоційного вигорання сформувався у 49% медичних працівників, складається – у 42% та не сформувався – у 9%.

Також, більшість досліджуваних із сформованим симптомом, знаходиться у фазі «резистенції» – 48,5%, де у медичних працівників відбувається супротив наростаючому стресу.

Домінуючими симптомами синдрому емоційного вигорання є такі:

- «редукція професійних обов'язків» (63,6%). Це означає, що в професійній діяльності медичних працівників він проявляється у спробах полегшити обов'язки, які вимагають емоційних витрат;
- «неадекватне вибіркове емоційне реагування» (54,5%) говорить про те, що медичний працівник перестає вловлювати різницю між економічним проявом емоцій і неадекватним вибірковим емоційним реагуванням;
- «переживання психотравмуючих обставин» (51,5%), який проявляється в медичних працівників в усвідомленні психотравмуючих чинників професійної діяльності, які важко або не можливо видалити.

Щодо прояву компонентів емоційного вигорання у медичних працівників, то високі показники мають такі складові: емоційне виснаження (49%) та редукція особистих досягнень (49%). У медичних працівників переважає знижений емоційний фон, байдужість або емоційне перенасичення, тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, негативізму щодо службової гідності і можливостей, тощо.

Щодо рівня розвитку стресостійкості, то у 39 % медичних працівників мають низький рівень стресостійкості та соціальної адаптації, що відповідає 90% імовірності виникнення захворювання. Дані показники свідчать про те, що вони не можуть впоратися зі стресом.

ВИСНОВКИ

1. Особливості професії медичного працівника та професійний контекст діяльності є факторами, що впливають на ступінь виразності та якісну своєрідність стресових станів. Тобто ми розуміємо, що сам вибір такої професії обумовлюється певними особистісними особливостями особистості.
2. Медичні працівники – особлива категорія системи людина–людина. Практика медичних працівників входить в список «допомагаючих професій». Ця діяльність пов'язана з великою кількістю соціальних контактів і емоційною «включеністю» людини в результат праці.
3. Ефективність медичного працівника оцінюється його особистими якостями – гуманністю, співпереживанням, співчуттям, турботою про пацієнта тощо. Без участі фахівця в рішенні проблеми пацієнта на особистісному рівні результат терапії буде мінімальним. З одного боку, така участь і емоційна причетність – це невід'ємна частина роботи і показник високого рівня професіоналізму. З іншого – шлях до стресу.
4. Кожен медичний працівник має у власному досвіді індивідуальний перелік травматичних подій, частина з яких прямо або опосередковано відноситься до комплексу травм воєнного часу з якими в мирний час, навіть у цій професії, не кожен досліджуваний стикнувся б. Такі події викликали думки про зміну професії та могли б спричинити зміну місця роботи. Вони оцінюються досліджуваними як травматичний досвід.
5. Подолання травми забезпечується мобілізацією особистих ресурсів, що відображені у певних копінг–стратегіях. Характер цих стратегій значною мірою залежить від особистісних особливостей, життєвого досвіду та інших психологічних факторів, що визначають індивідуальну своєрідність процесу подолання. Можна припустити, що існує взаємозв'язок між тими особистісними конструктами, за допомогою яких медичний працівник формує своє ставлення до життєвих труднощів і тим, яку стратегію поведінки при стресі вибирає.

6. У медичних працівників переважає сформований синдром емоційного вигорання. Із трьох фаз емоційного вигорання найбільша кількість знаходиться на фазі «резистенції», де відбувається супротив наростаючому стресу.

Домінуючими симптомами синдрому емоційного вигорання є:

- «редукція професійних обов'язків» – професійна діяльність медичних працівників проявляється у спробах полегшити обов'язки, які вимагають емоційних витрат;
- «неадекватне вибіркоче емоційне реагування» – медичний працівник перестає бачити різницю між економічним проявом емоцій і неадекватним вибіркочим емоційним реагуванням;
- «переживання психотравмуючих обставин» – проявляється в медичних працівників в усвідомленні психотравмуючих чинників професійної діяльності, які важко або неможливо видалити.

8. Щодо взаємозв'язку синдрому емоційного вигорання зі стажем роботи медичних працівників, то ми отримали такі результати:

- високі показники мають медичні працівники зі стажем роботи від 11 до 20 років, вікові межі від 35 до 42 років; яскраво виражений компонент «редукція особистих досягнень» та переважає низький рівень стресостійкості;
- у медичних працівників зі стажем роботи понад 21 рік, всі фази синдрому емоційного вигорання мають тенденцію до спадання;
- медичні працівники зі стажем 0 – 10 років мають найменші показники прояву синдрому емоційного вигорання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1 Абабков В. Перре М. Адаптація до стресу. Основи теорії, діагностики, терапії. / В. А. Абаков, М. Перре. СПб.: Речь, 2004. 165 с.
- 2 Агаєв Н. А. Характерні ознаки основних негативних психічних станів військовослужбовців під час ведення бойових дій. / *Наукові записки Національного університету Острозька академія. Серія: Психологія*. 2016. Вип. 4. С. 46–53. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoapp_2016_4_6 (дата звернення: 10.09.2023).
- 3 Анохін П. К. Емоції / П.К. Анохін // Велика медична енциклопедія / під ред. А. Н. Бакулева. – [2-е вид]. – М.: Радянська енциклопедія, 1964. С. 339 – 367.
- 4 Балінт М. (2019). «Базовий дефект» Терапевтичні аспекти регресії. М: Когіто–Центр. – 199 с.
- 5 Бодров В. А. Психологічний стрес: розвиток і подолання. В. А. Бодров. –М.: ПЕР СЭ, 2006. – 528 с.
- 6 Бодров В.А. Проблема подолання стресу. / В.А. Бодров. Психологічний журнал. 2006. Том 27, № 2. С. 113 – 123.
- 7 Бондаренко О.Л. «Як запобігти виникненню синдрому «професійного вигорання» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://osvita.ua/school/lessons_summary/psychology/45136/. – Назва з екрану.
- 8 Брайт Д., Джонс Ф. Стрес. Теорії, дослідження, міфи. / Д. Брайт, Ф. Джонс. –СПб.: Прайм–Єврознак, 2003. – 352 с.
- 9 Вассерман Л. І., Іовлев Б. В., Ісаєва Є. Р. та ін. Методика для психологічної діагностики способів подолання стресових та проблемних для особистості ситуацій: Посібник для медичних працівників та медичних психологів. СПб., 2009; Folkman S., Lazarus R. Manual for Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988; Folkman S., Lazarus R., Dunkel-Schetter C, DeLongis A., Gruen R. Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J. of Personality and Social Psychology. 1986.

- 10 Горбунова В.В. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). – Л.: Інститут психічного здоров'я УКУ, 2016.
- 11 Грановска Р. М. Нікольська І. М. Захисти особистості: психологічні механізми. СПб.: «Ексклюзив», 1994.
- 12 Гриньова М., Беляєва Н. Синдром емоційного вигорання у майбутніх медичних працівників та шляхи запобігання його проявам [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL : http://library.udpu.org.ua/library_files/psuh_pedagog_prob1_silsk_shkolu/29/visnuk_13.pdf. – Назва з екрану.
- 13 Даулінг С. Чи можемо ми реконструювати довербальні події? [Електронний ресурс] // Журнал практичної психології та психоаналізу. 2009. №2.
- 14 Дементій Л. І. До проблеми діагностики соціального контексту і стратегій копінг–поведінки. Журнал прикладної психології. 2004. №3. 20–25 с.
- 15 Дудяк В. Емоційне вигорання [Текст]/ В. Дудяк. – К.: Главник, 2007. – 126 с.
- 16 Карвасарський Б. Д. Стрес і його подолання по О. Лазарусу. Психотерапевтична енциклопедія. / Б. Д. Карвасарський. СПб. 2е вид. 2009. 250 с.
- 17 Колтунович Т.А. Психологічні умови корекції професійного вигорання у вихователів дитячих навчальних закладів: дис...канд.. психол. наук. 19.00.07. ІваноФранківськ, 2016. 352 с.
- 18 Кризова психологія: навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. – Харків : НУЦЗУ, 2010. – 401 с.
- 19 Кучманич І. М. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості / І. М. Кучманич, Р. А. Мороз // Проблеми сучасної психології. – 2017. – Вип. 36. – С. 146–159.
- 20 Лось О.М. Основні підходи до визначення моделей феномену вигорання[Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://vuzlib.com/content/view/617/>. – Назва з екрану.

- 21 Магда В.А. Дослідження проявів професійної деформації керівного складу ОВС крізь призму самосприйняття власної особистості / Вісник національної академії оборони України Сер.: Медичний працівник і психологія: [збірник наукових праць]: – Київ : НАОУ, 2010. Вип.1 (14). С. 146–151.
- 22 Мірошниченко О. Профілактика синдрому «професійного вигорання» у працюючих в екстремальних умовах. Навчально–методичний посіб. Житомир : Видво ЖДУ ім. І.Франка, 2013. 155 с.
- 23 Міщенко М. Симптоми емоційного вигорання та його наслідки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://dspace.udpu.org.ua:8080/jspui/bitstream/6789/423/1/Mischenko_M.C.2.pdf. – Назва з екрану.
- 24 Міщенко М. С. Особливості дослідження синдрому емоційного вигорання за допомогою методики «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойко / М. С. Міщенко// Науковий журнал «Молодий вчений», Ч. 3. – 2015. – № 4. – С. 103 – 106.
- 25 Муздибаєв К. Стратегії оволодіння життєвими труднощами. Теоретичний аналіз. Журнал соціології і соціальної антропології. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. – 416 с.
- 26 Павленко Т.(2022). Метод психотерапії Я–реконструкція (навчальний посібник). Київ: Психобук. 2022, – 110 с.
- 27 Паливода Л.І. Проблема визначення поняття «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 32 (71) № 6 2021. С.68–72, с. 69.
- 28 Панченко Л.Л. Стрес: Хрестоматія. Л. Л. Панченко. Владивосток: Мор, гос. ун–т, 2003. 35 с.
- 29 Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Царенко Л.Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. 207 с. с.10.

- 30 Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л.Г. Царенко; за ред. З. Г. Кісарчук. – Київ :ТОВ “Видавництво “Логос”. – 207 с.
- 31 Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно–методичні матеріали: навчально–методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія» / укладачі: О.А. Резнікова. Слов’янськ : ДВНЗ ДДПУ, 2016. 135 с.
- 32 Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю :навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. – Київ, 2012. – 275 с.
- 33 Синявський В.В., Сергєєнкова О.П. Психологічний словник. / за ред. Н.А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с, с. 311.
- 34 Соціально–медичний працівник та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : метод. рек. / Н.П. Бочкор, Є.В. Дубровська, О.В.Залеська та ін. – Київ: МЖПЦ «Ла Страда–Україна», 2014. 84 с., с.33–34.
- 35 Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
- 36 Чугунов В.В. Співвідношення та індивідуальні особливості медичних працівників: методична розробка. Запоріжжя, 2015. 23 с., с. 11.
- 37 Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. Український медичний часопис. 2019. № 2(70). С. 57–59.
- 38 Lazarus R.S. Coping Theory and Research: Past, Present, and Future / R.S. Lazarus // Psychosomatic Medicine. – 1993. – vol. 55 № 3. – P. 234–247.
- 39 Skinner E. A. Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping / [E.A. Skinner, K. Edge, J. Altman, H. Sherwood] // Psychological Bulletin. – 2003. – Vol. 129, No. 2. – P. 216–269.

- 40 The Longitudinal Interplay of Affective and Cognitive Empathy Within and Between Adolescents and Mother / C.J. Van Lissa, S.T. Hawk, M. de Wied et al. *Developmental Psychology*. 2013. 50 (4). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24219315/> (дата звернення: 07.01.2023), с. 9] URL: <https://psyjournal.ru/articles/mozhem-li-my-rekonstruirovat-doverbalnye-sobytiya> (дата звернення: 19.11.2021).
- 41 Vaillant G. E. *The wisdom of the ego* / G.E. Vaillant – Cambridge.: Harvard University Press, 1993. – 213 p.
- 42 Werner E. E. (1971). *The children of Kauai : a longitudinal study from the prenatal period to age ten*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- 43 Werner, E. E. (1995). «Resilience in development». *Current Directions in Psychological Science* 4 (3): 81–85.

Контрольний перелік життєвих подій
(Life Events Checklist for *DSM-5*, LEC)

На кожен пункт анкети ми запропонували обирати один із варіантів відповідей: подія трапилась зі мною, я був свідком події, це сталося з моїм родичом або другом, це частина моєї роботи, складно відповісти, мене це не стосується. Окремо підсумовуються події, які сталися з респондентом, події, свідком яких він був і події, які сталися з його близькими та друзями. LEC-5 не дає загальну чи складну оцінку. Не існує офіційного протоколу підрахунку балів або інтерпретації як такої, крім визначення того, чи пережила особа одну або кілька перерахованих подій. LEC-5 часто використовується в поєднанні з іншими методиками (наприклад, CAPS-5, PCL-5) з метою встановлення впливу травматичної події за критерієм ПТСР.

Контрольний перелік життєвих подій (LEC)

Нижче наведено події, що іноді трапляються в нашому житті, завдаючи нам тяжких переживань та стресу. Для кожної такої події позначте одну чи дві клітинки в тому ж рядку праворуч, щоб підтвердити, що:

- а) це сталося особисто з вами;
- б) ви були свідком того, що це сталося з кимось іншим;
- в) ви дізналися, що це сталося з вашим близьким родичем чи другом;
- г) ви стикалися з цим на роботі (наприклад, як санітар, міліціонер, військовик чи працівник інших підрозділів першої допомоги);
- д) ви не певні, чи це вас стосується;
- е) це не стосується вас.

Відповідаючи на запитання переліку, не забувайте розглядати події протягом вашого життя

(дитинства, юності, дорослого періоду).

Подія

Сталося зі мною

Був свідком

Дізнався про це

Це частина моєї роботи

Складно відповісти

Мене це не стосується

1. Стихійне лихо (повінь, ураган, торнадо, землетрус тощо).
2. Пожежа чи вибух.
3. Пригода на транспорті (включаючи ДТП, аварію корабля, потяга, літака).
4. Серйозна аварія на роботі, вдома чи під час відпочинку.
5. Дія отруйної речовини (небезпечні хімікати, випромінювання тощо).
6. Фізичне насильство (наприклад, на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, ногою, лягнули, побили).
7. Збройний напад (наприклад, у Вас стріляли, поранили ножом тощо, погрожували ножом, пістолетом, вибухівкою).
8. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь-якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди).
9. Інший небажаний чи неприємний сексуальний досвід.
10. Бойові дії або перебування в зоні війни (як військовослужбовець або цивільна особа).
11. Полон (наприклад, як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений).
12. Хвороба чи травма з погрозою для життя.
13. Тяжкі страждання.
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, убивство або самогубство).
15. Раптова смерть від нещасного випадку.
16. Серйозні ушкодження чи травма або смерть, заподіяні вами комусь іншому.
17. Будь-яка інша подія чи досвід, що спричинили для Вас важкий стрес.

Шкала задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale, SWLS 1985)

Методика (E.Diener, R. A.Emmons, R. J.Larsen, S.Griffin, 1985), що була розроблена для визначення загальної когнітивної оцінки суб'єктом власного благополуччя, а не якоїсь окремої сфери – фінансової чи фізичного самопочуття). Російськомовна адаптація та валідація – Д.Леонтьєв, Є. Осін (2003).

Досліджуваний зазначає наскільки він згоден або не згоден з кожним із п'яти пунктів методики за 7-бальною шкалою (де 7 – цілком згоден, 1 – абсолютно не згоден). Структура суб'єктивного благополуччя складається з двох компонентів – афективного (емоційного) та когнітивного. Дослідники частіше аналізують афективну складову, натомість когнітивний компонент (задоволеність життям) часто лишається малодослідженим.

Нижче подано п'ять тверджень, з якими Ви можете погодитись чи не погодитись. Використовуючи 7-бальну шкалу визначте, наскільки Ви згодні із кожним із запропонованих тверджень. Намагайтесь бути максимально щирим, пам'ятайте, що правильних і неправильних оцінок тут не існує.

7 – цілком згоден

6 – згоден

5 – частково згоден

4 – складно відповісти

3 – частково не згоден

2 – не згоден

1 – абсолютно не згоден

Текст методики:

___ Моє життя майже ідеальне.

___ Умови мого життя чудові.

___ Я задоволений своїм життям.

___ Нині я отримав від життя все, що хотів.

___ Якби я міг прожити своє життя заново, я не змінив би майже нічого.

Методика діагностики емоційного вигорання В. БойкоІнструкція.

Якщо ви професіонал у будь якій галузі спілкування з людьми, то для вашої діяльності важливо, в якій мірі у вас сформований психологічний захист у формі «*емоційного вигорання*». Прочитайте твердження та дайте відповідь «*так*» або «*ні*». Там, де у запропонованих твердженнях опитувальника йдеться про «*партнерів*», маються на увазі суб'єкти вашої професійної діяльності – клієнти, учні та інші люди, із якими ви щоденно співпрацюєте.

1. Організаційні недоліки на роботі постійно примушують нервувати, переживати, напружуватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився(лася) у виборі професії або профілю діяльності.
4. Мене непокоїть те, що я став(ла) гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Тепло́та взаємодії з партнерами залежить від мого настрою.
6. Від мене як від професіонала мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (2 – 3 години) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся якомога швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу надати партнеру те, чого вимагає професійний обов'язок.
10. Моя робота не дає виражатися моїм емоціям.
11. Я відверто втомився(лася) від людських проблем, із якими доводиться мати справу на роботі.
12. Буває, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить все менше задоволення.
15. Я б змінив(ла) місце роботи, якби була така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу належними чином надати партнерові професійну підтримку, допомогу.
17. Мені завжди вдається запобігти впливові поганого настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже засмучує, якщо щось негаразд у стосунках із діловими партнерами.
19. Я настільки втомлююсь на роботі, що дома намагаюсь спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втомленість або напруження, часто приділяю партнерові менше уваги, ніж належить.
21. Інколи звичайні ситуації спілкування на роботі викликають у мене роздратування.
22. Я спокійно приймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене триматися осторонь від людей.

24. Коли згадую деяких колег по роботі чи партнерів, у мене псується настрій.
25. Конфлікти чи розбіжність поглядів із колегами забирають багато сил і емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі здаються мені дуже складними.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось повинно статися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все, як належить, чи не скоротять мене тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюсь обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги.
30. На роботі під час спілкування я дотримуюсь принципу: «Не роби людям добра, не отримаєш лиха».
31. Я охоче вдома розповідаю про свою роботу.
32. Бувають дні, коли мій емоційний стан негативно впливає на результати роботи (менше виконую, знижується якість, трапляються конфлікти).
33. Інколи я відчуваю, що треба виявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.
34. Я дуже переживаю за свою роботу.
35. Партнерам по роботі віддаєш уваги та турботи більше, ніж отримуєш.
36. Коли думаю про роботу, мені стає не по собі: починає колоти в ділянці серця, підвищується тиск, з'являється головний біль.
37. У мене добрі стосунки з керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота йде на користь людям.
39. Останнім часом, мене переслідують невдачі в роботі.
40. Деякі сторони моєї роботи викликають глибоке розчарування.
41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж звичайно.
42. Я враховую особливості ділових партнерів гірше ніж раніше.
43. Стомленість від роботи призводить до того, що я прагну скоротити спілкування з друзями та знайомими.
44. Я зазвичай виявляю інтерес до особистості партнера, окрім того, що стосується справи.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, у гарному настрої.
46. Я інколи ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без натхнення, запалу, ентузіазму.
47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого.
48. Після спілкування з неприємними партнерами, у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття.
49. На роботі я маю постійні фізичні або психологічні перевантаження.
50. Успіхи в роботі наповнюють мене натхненням.
51. Ситуація на роботі, у якій я опинився (лася), здається безвихідною.
52. Я втратив(ла) спокій через роботу.

53. Упродовж останнього року була скарга (скарги) на мою роботу з боку партнера (партнерів).
54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що я не сприймаю близько до серця те, що відбувається з партнером.
55. Я часто приношу з роботи додому негативні емоції.
56. Я часто працюю понад силу.
57. Раніше я був(ла) більш чуйним(ною) і уважним(ною) до партнерів, ніж зараз.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не втрачай нерви, бережи здоров'я.
59. Інколи я йду на роботу з важким відчуттям: як усе набридло, нікого б не бачити і не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю трохи недобре.
61. Контингент партнерів, із якими я працюю, дуже важкий.
62. Інколи мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я втрачаю.
63. Якби мені поталанило з роботою, я був(ла) би(б) щасливішим(ою).
64. Я у відчай через те, що на роботі у мене серйозні проблеми.
65. Інколи я поведжуся зі своїми партнерами так, як не хотів(ла) би(б) щоб поводитися зі мною.
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на пільги, поблажливість, увагу.
67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил робити хатні справи.
68. Я постійно підганяю час: скоріше б робочий день закінчився.
69. Стан, прохання, потреби партнерів мене широк турбують.
70. Працюючи з людьми, я ніби ставлю екран, який захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, часто вживаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю в силу обставин.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервую через все, що пов'язано з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів(ла) би(б) бачити і чути.
78. Я схвалюю колег, які присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.
79. Моя втомленість на роботі мало впливає або зовсім не впливає на спілкування з домашніми та друзями.
80. Якщо випадає нагода, я приділяю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви у спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього, що відбувається на роботі, я втратив(ла) цікавість.
83. Робота з людьми спричинила поганий вплив на мене, як на професіонала, зробила злим(лою), нервовим(ою), беземоційним(ою).
84. Робота з людьми підриває моє здоров'я.

Ключ

«Напруження»		
1.Переживання психотравмуючих обставин	+1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)	
2. Незадоволеність собою	-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(5)	
3. «Загнаність у клітку»	+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)	
4. Тривога і депресія	+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)	
Разом по фазі «Напруження»		
«Резистенція»		
1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	+5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)	
2. Емоційно-моральна дезорієнтація	+6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)	
3.Розширення галузі економії емоцій	+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)	
4. Редукція професійних обов'язків	+8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)	
Разом по фазі «Резистенція»		
«Виснаження»		
1. Емоційний дефіцит	+9(3), +21(2), +33(3), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)	
2. Емоційна відчуженість	+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)	
3. Деперсоналізація	+11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +71(2), +83(10)	
4. Психосоматичні та психоемоційні порушення	+12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)	
Разом по фазі «Виснаження»		
Підсумковий показник		

Відповідно до ключа визначається сума балів окремо для кожного з **симптомів вигорання**.

Показник вираженості емоцій коливається в межах від 0 до 30 балів.

Симптом не склався	Симптом, який склався	Симптом, який склався
9 і менш	10 – 15	16 і більш

Подальший крок в інтерпретації результатів опитування – підрахунок суми показників симптомів, який здійснюється для кожної з трьох фаз формування вигорання. Для кожної фази оцінка може бути від нуля до 120 балів. За кількісними показниками можна судити тільки про те, яка фаза сформувалася більшою чи меншою мірою.

Фаза не сформувалася	Фаза у стадії формування	Фаза сформувалася
36 і менш	37 – 60	61 і більш

Відповідно до ключа проводяться наступні підрахунки:

- визначається сума балів для кожного з 12 симптомів вигорання;
- підраховується сума показників симптомів для кожної з трьох фаз формування вигорання;
- встановлюється підсумковий показник синдрому емоційного вигорання, тобто сума 12 симптомів.