

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Центр заочного та дистанційного навчання

Кафедра психології

**Кваліфікаційна робота -
магістерський дослідницький проект**

053 «Психологія»

на тему:

**ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У
ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Виконав: здобувач 2 курсу, групи
галузь знань: «Клінічна психологія»
спеціальність 053 «Психологія»

Костюк В.С.

(прізвище та ініціали)

Керівник: док. мед. н., проф. Ульянов В.О

Рецензент: к. психол. н., доц. Самара О.Є

Одеса 2024

АНОТАЦІЯ

Костюк В.С. Гендерні особливості розвитку тривожних розладів у працівників закладів охорони здоров'я. Кваліфікаційна робота – магістерський дослідницький проект.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього рівня магістр галузь знань: «Клінічна психологія» спеціальність 053 «Психологія». Національний університет «Одеська юридична академія», Одеса, 2024.

Дипломна робота присвячена вивченню гендерних особливостей розвитку тривожних розладів у працівників закладів охорони здоров'я, зокрема виявленню впливу гендерних факторів на рівень тривожності та професійного вигорання серед медичних працівників. В роботі розглядаються основні аспекти тривожних розладів, зокрема емоційна чутливість і схильність до стресу в контексті гендерної належності, а також професійний контекст медичної діяльності, що може стати додатковим фактором виникнення тривожності та вигорання.

Загальна вибірка складала 30 респондентів, з яких 15 жіночої статі та 15 чоловічої статі.

За результати тестування на тривогу та професійне вигорання, було зроблено висновок, що за «шкалою тривоги Бека», що 33% чоловіків потрапляє в нормальний діапазон тривоги в порівнянні з жінками 13%. Значна кількість жінок-медичні працівники продемонстрували вищий рівень емоційного виснаження 40% порівняно з їхніми колегами-чоловіками 26,7%.

Визначено важливість гендерно-специфічних підходів до психічного здоров'я медичних працівників та пропонуємо низку заходів для зниження рівня тривожності та профілактики бадьорості. Рекомендації щодо включення впровадження тренінгів із управління стресом, психологічну підтримку та оптимізацію робочих графіків для забезпечення емоційного благополуччя працівників.

Ключові слова: тривожність, професійне вигорання, медичні працівники, гендерні особливості, стрес, психологічне здоров'я.

ANNOTATION

Kostiuk V.S. Gender Features of Anxiety Disorders Development in Healthcare Workers. Qualification Work – Master's Research Project.

Qualification work for obtaining the educational level of Master in the field of knowledge: —Clinical Psychology,|| specialty 053 —Psychology.|| National University
—Odesa Law Academy,|| Odesa, 2024.

The thesis is dedicated to studying the gender-specific features of anxiety disorders development among healthcare workers, focusing on the impact of gender factors on the levels of anxiety and professional burnout among medical professionals. The research explores the main aspects of anxiety disorders, such as emotional sensitivity and susceptibility to stress within the context of gender, as well as the professional environment of medical practice, which can be an additional factor contributing to anxiety and burnout.

The study sample consisted of 30 respondents, including 15 women and 15 men.

According to the results of testing for anxiety and professional burnout, it was concluded that, based on the Beck Anxiety Inventory, 33% of men fell within the normal range of anxiety compared to 13% of women. A significant proportion of female healthcare workers demonstrated a higher level of emotional exhaustion—40%, compared to 26.7% of their male colleagues.

The research emphasizes the importance of gender-specific approaches to the mental health of healthcare workers and proposes several measures to reduce anxiety levels and prevent burnout. Recommendations include stress management training, psychological support, and optimization of work schedules to ensure emotional well-being among staff.

Keywords: anxiety, professional burnout, healthcare workers, gender differences, stress, psychological well-being.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ТРИВОЖНОСТІ ТА ВИГОРАННЯ.....	14
1.1. Обґрунтування і опис методики «Шкала тривоги Бека».....	14
1.2. Обґрунтування та характеристика діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації н. Е. Водоп'янової).....	16
РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ І ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	19
2.1. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження тривожності за шкалою Бека у жінок і чоловіків.....	19
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації н. Е. Водоп'янової).....	26
2.3. Рекомендації щодо усунення тривожності і професійного вигорання у працівників закладів охорони здоров'я з урахуванням гендерних особливостей.....	35
ВИСНОВКИ.....	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	40

ВСТУП

Актуальність теми. За останні декілька років в Україні і світі спостерігається різкий приріст травмуючих подій. Серед них можна виділити такі, як : фізичне насильство, військові дії на території країни, насильства сексуального характеру, та тяжкі захворювання, великий відсоток смертності населення, постійні тривоги тощо. Також чисельними є соціальні зміни, наприклад: переселення, чисельна інвалідизація людей, втрати близьких та рідних. Внаслідок цих чинників на фоні стресу можуть виникнути депресія, тривожність, тощо, що негативно впливає на психічне здоров'я людей [33].

Один з великих прошарків нашого населення, які кожен день стикаються з наслідками війни, це працівники закладів охорони здоров'я. Перед ними завжди стоять не легкі виклики, такі як робота в екстремальних або кризових умовах, не тільки під час воєнного стану, що потребують великої кількості психічного і психологічного ресурсу [17; 18].

За деякими даними медичні працівники стикаються з проблемою професійного вигорання та підвищеної тривожності. Ці синдроми можуть виникати, як у старшого медичного персоналу (головні лікарі, завідувачі відділень і лабораторій, звичайний лікарський склад), так і молодшого медичного персоналу (медичні сестри і медичні брати, санітари, лаборанти) [13].

Це може бути зумовленим, як постійний стрес через високе навантаження, складні рішення та емоційно важкі ситуації, як смерть пацієнтів. Довгі години роботи, що порушують баланс між роботою та особистим життям. І, звичайно, недостатня підтримка або визнання їхньої праці також можуть призводити до цих проблем [13; 17].

Одним з основних чинників це є гендерна особливість працівників закладів охорони здоров'я. Статеві особливості дійсно можуть впливати на професійне вигорання та тривожність у медичній сфері. Наприклад, дослідження показують, що жінки можуть частіше відчувати емоційне виснаження через поєднання професійних та сімейних обов'язків. Вони також можуть стикатися з більшим тис-

ком щодо відповідності високим стандартам догляду та співчуття. Чоловіки ж можуть відчувати більший соціальний тиск бути завжди компетентними та стійкими, що може перешкоджати зверненню по допомогу [22; 24].

Гендерні особливості у професійному вигоранні та тривожності є дійсно актуальною проблемою в галузі охорони здоров'я. Жінки часто становлять більшу частину медичних працівників і можуть відчувати більший тиск через традиційні гендерні ролі [23; 25].

Чоловіки, хоча і менш численні в деяких сферах, теж стикаються з унікальними викликами, такими як очікування завжди демонструвати стійкість та компетентність. Ці гендерні аспекти важливо враховувати при розробці програм підтримки та профілактики вигорання у медичних працівників [23].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Феномен тривожності викликав значний науковий інтерес і став предметом дослідження багатьох вчених. Крім того, питання природи та проявів тривожності розглядали такі видатні мислителі, як Зигмунд Фройд, Карен Хорні, Еріх Фромм, Сергій Рубінштейн, Анна Прихожан, Ролло Мей, Юрій Ханін, Ганс Айзенк, Чарльз Спілбергер та інші. Їхні роботи заклали фундамент для розуміння тривожності як емоційного стану, що виникає в ситуації загрози, невизначеності чи очікування несприятливих подій. Також окрему увагу вчені приділили вивченню чинників, які можуть сприяти виникненню цього стану. Серед дослідників, які аналізували вплив зовнішніх і внутрішніх особливостей на розвиток тривожності, слід відзначити Володимира Бакєєва, Юрія Александровського, Валентину Астапову, Євгенію Єрмолаєву, Ярослава Омельченка, Світлану Ставицьку, Станіслава Грофа, Юрія Клепача, Карла Роджерса, Гаррі Саллівана та інших [19, с. 107].

Аналіз наукових джерел про другу кількість підходів до вивчення тривоги і тривожності. якому, відповідно до теорії А. Адлера, тривога є ключовим компонентом неврозу, що виникає внаслідок негативного соціального досвіду або через особистісні риси, які заважають досягненню поставлених цілей [18; 19, 109].

В свою чергу у З. Фрейда було декілька теорій щодо «тривожності». В одній з них він наголосив, що суттєву різницю між первинною автоматичною тривогою, яка викликається травматичної ситуації, в якій его пригнічується, і сигнальною тривогою, при якій его активується як відповідь на небезпечну ситуацію. Це своєрідне попередження про те, що травматична ситуація неминуха і варто вжити заходів захисту, щоб її уникнути. Також він зазначав, що зіткнення соціальних заборон і біологічних потягів можуть призводити до тривожності та неврозів [37; 38].

Е. Фром вважав, що існує тісний зв'язок між розвитком людства і тривожності. Перехід людства до капіталізму соціальні і природні зв'язки були зруйновані і в наслідок цього з'явилися вільний індивід, що призвело до досвіду переживання тривоги, відчуження, сумнівів, невпевненості і самотності [18, с 107].

Отже теорії щодо вивчення тривожності дозволяють визнати складність самого феномену та його неоднозначність, що, у свою чергу, призводить до необхідності більш чіткого визначення сутності поняття та його розуміння. У психологічних дослідження поняття тривожності має досить багато трактувань [15; 16].

Аналіз літератури доводить, що такі поняття, як «тривожність» і «тривога» є безпосередньо тісно пов'язаними між собою [36]. На думку Ч. Спілберга, тривожність є емоційним станом, що спостерігається в умовах загрози, небезпеки чи невизначеності. Вона проявляється як напруженість та очікування несприятливого розвитку подій [9].

Тож об'єднавши думки і теорії більшості науковців можна сказати, тривожність є емоційним станом, що проявляється у відповідь на стресовий контекст або як передчуття можливих неприємностей. А також це психоемоційний стан, який проявляється через підвищене почуття занепокоєння, страху або нервозності. Вона може виникати у відповідь на стресові ситуації, майбутні події або навіть без очевидних причин [12 ;18, с. 109].

Тривожність є нормальною реакцією на загрозу чи невизначеність, але коли цей стан стає надмірним або хронічним, він може впливати на якість життя і здоров'я людини [28; 32].

Зазвичай тривожність має захисний характер і є природною реакцією людського організму на подразник. Але якщо вона стає постійною, заважає повсякденному функціонуванню і супроводжується фізіологічними порушеннями (прискорене серцебиття, тремтіння, пітливість), це може призвести до виникнення тривожних розладів [35; 37].

Щоб перейти до основної теми гендерних особливостей тривожності, треба відмітити термін «гендер». Завдяки дослідженням американського вченого Роберта Столлера термін «гендер» набув широкого вжитку в західних дослідженнях 1970-х років і у вітчизняній науці 1990-х років. У 1963 р. [29; 34] Р. Столлер прочитав психоаналітикам лекцію на конференції в Стокгольмі, присвячену концепції гендерного (соціального) самосвідомості, і почав вивчати такі процеси, як гендерна ідентичність і гендерна соціалізація. Ідея Р. Столлера базується на розрізненні біології та культури [24].

За даними наукової літератури у жінок тривожні розлади, як правило, діагностують частіше, ніж у чоловіків. Це може бути пов'язано з гормональними коливаннями, особливо в періоди, пов'язані з менструальним циклом, вагітністю або менопаузою. Соціальні фактори, такі як більший тиск відповідати очікуванням суспільства, особливо щодо зовнішності та ролі в сім'ї, також можуть сприяти підвищеній тривожності у жінок [24].

Ситуації тривоги, небезпеки та незадоволення потреб запускають активацію симпатичної нервової системи, що проявляється у підвищенні тону внутрішніх м'язів. За словами О. Карімової, жінки переважно відчують тривогу через занепокоєння щодо власного стану, здоров'я, а також добробуту сім'ї та дітей [28; 33; 35].

Тривожні жінки характеризуються постійним почуттям напруги, приниження, сильного страху та самосвідомості. Неадекватні соціальні навички, під-

вищений інтерес до самокритики, бажання будувати соціальні стосунки без згоди, уникнення інтенсивних стосунків, соціальних чи професійних стосунків [17].

Чоловіки часто схильні до соматизації, коли психологічні проблеми проявляються через фізичні симптоми, такі як головний біль, проблеми з шлунково-кишковим трактом або напруження в м'язах. Також вони можуть частіше звертатися до шкідливих звичок, таких як вживання алкоголю або наркотиків, як спосіб впоратися з тривогою [23, 34].

Також на фоні стресів або завищених очікувань люди часто зустрічаються з таким терміном, як «вигорання». На даний час це достатньо розповсюджене поняття і не є чимось особливим у всіх галузях [31; 33].

Отже вигорання – це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації (втрата індивідуальності, відокремлення від інших) і зниження особистісних досягнень. Згідно статистичних даних у 2019 році показник складав орієнтовно 5 – 7% населення світу, що страждає на вигорання. В Україні на 2017 рік цей показник складав 64% [14; 20].

11-та версія Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) включає синдром професійного вигорання. Цей стан не вважається захворюванням. Класифікований як частина класу «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та використання медичної допомоги», цей клас включає в себе причини звернення людей до закладів охорони здоров'я, які не можна класифікувати як медичні стани або захворювання [31].

Відповідно до МКБ-11, професійне вигорання — це синдром, що виникає внаслідок тривалого хронічного стресу, пов'язаного з професійною діяльністю, і характеризується труднощами у його подоланні. [31; 39].

Емоційне вигорання тісно пов'язане з професійною діяльністю та не може бути повністю зрозумілим у контексті проблем іншої сфери життя. Цей стан характеризується трьома основними ознаками: почуттям фізичного або емоційного розуміння, зростанням психічної віддаленості від роботи, що супроводжується

негативним або цинічним ставленням до професійних обов'язків, а також зниженням [23; 29; 41].

Синдром професійного вигорання став предметом численних наукових досліджень. Багато вчених зосередилися на вивченому його змісті та структурі, серед яких Г. Ложкін, М. Лейтер, С. Максименко, Е. Махер, В. Смульсон, Т. Форманюк та інші. Особлива увага приділялася розробці діагностичних методик, зокрема, у роботах В. Бойка, Н. Водоп'янової, О. Старченкової. Окремі дослідження аналізували дію цього серед синдромних медичних працівників, над чим працювали такі вчені, як Г. Каплан, Г. Робертс, Б. Дж. Седок, В. Семеніхін [29; 30; 35].

Однією з професій із високим ризиком професійного вигорання є медична сфера. На жаль, для висококваліфікованих і середньо кваліфікованих медичних працівників це майже неминучий процес та є відповіддю на хронічні емоційні напруження внаслідок важкої праці та роботи з людьми [7; 21; 22].

В загалом літературні джерела автора виділяють декілька стадій вигорання і всіх об'єднує 4 етапи: захоплення роботою, посилення стресу, хронічний стрес, виснаження та хронічне вигорання [1; 21].

Професійне вигорання у медичних працівників прослідковується поступовим розвитком і початок вона бере з професійної адаптації. Перші ознаки професійної адаптації є зниження емоційного реагування і сприйняття на тяжкі, невідкладні та екстрені ситуації пов'язані з пацієнтами [2; 5].

Не менш значуща вигорання фахівця виникає через соціальні причини, оскільки робота лікаря, лікаря-лаборанта, лаборанта, медичного брата, медичної сестри та санітара пов'язана з необхідністю дотримання багатьох норм, правил і інструкцій, які регулюють їх професійну діяльність [6; 9].

Гендерні особливості у професійному вигоранні проявляються в тому, як чоловіки та жінки відчують та реагують на стрес на роботі. У медичній сфері жінки часто піддаються високому ризику професійного вигорання через поєднання багатьох факторів. Наприклад: робота в медицині вимагає постійної емо-

ційної напруги, співчуття та взаємодії з пацієнтами, що може призводити до емоційного виснаження [26;28].

Багато жінок поєднують професійні обов'язки з домашніми, що створює додатковий тиск та збільшує рівень стресу [6; 36].

Жінки можуть стикатися з упередженим ставленням або меншою підтримкою з боку колег, особливо на керівних посадах. Незважаючи на однаковий обсяг роботи, жінки можуть отримувати нижчу заробітну плату, що також впливає на рівень задоволення роботою та мотивацію [3; 6].

Ці чинники здатні підвищувати вразливість жінок, які працюють у медичній сфері, до професійного вигорання, що негативно позначається на якості наданої медичної допомоги та може мати вплив на їхнє особисте життя [8; 11].

В свою чергу вигорання у чоловіків є також значною проблемою в медичній сфері, але може проявлятися дещо по-іншому порівняно з жінками. У них часто виражається деперсоналізація: вони більш схильні до розвитку цинічного ставлення до пацієнтів або колег, що може бути механізмом захисту від емоційного виснаження [3; 10].

Велике прагнення до досягати професійних успіхів і відповідати соціальним очікуванням щодо ролі чоловіка, також здійснює значний тиск і можуть підвищувати рівень стресу [4; 40].

Великою проблемою також є приховування емоцій. Соціальні норми можуть змушувати чоловіків пригнічувати або не виказувати свої емоції, що може призводити до накопичення стресу і врешті до вигорання [1;6].

Чоловіки, як правило, рідше звертаються по психологічну допомогу через стереотипи про «сильний» чоловічий образ, що може заважати своєчасному вирішенню проблеми [7].

Не зважаючи на те, що проблема достатню актуальність, і є достатньо розповсюдженим явищем, питання щодо гендерної особливості працівників закладів охорони здоров'я розвитку тривожних розладів є не до кінця вивченою.

Об'єкт дослідження є тривожні розлади у медичних працівників.

Предмет дослідження – гендорнозалежні особливості розвитку тривожних розладів і професійного вигорання у працівників закладів охорони здоров'я.

Отже **мета** нашої кваліфікаційної роботи дослідити вплив гендерних особливостей на розвиток тривожності та професійного вигорання у медичних працівників.

Щоб досягти поставленої мети кваліфікаційної необхідно вирішити такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичне дослідження щодо гендерних особливостей розвитку тривожності і професійного вигорання у працівників закладів охорони здоров'я.
2. Провести емпіричне дослідження гендерних особливостей розвитку тривожності і професійного вигорання у працівників охорони здоров'я .
3. Сформулювати пропозиції щодо корекції та покращення стану працівників закладів охорони здоров'я та підвищення їх працездатності з урахуванням гендерних особливостей.

Методи дослідження. У процесі дослідження було застосовано комплекс методів, як теоретичний, що включає в себе: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизацію літературних і за темою дослідження; емпіричні методи: тестування; методи кількісного та якісного аналізу й інтерпретації емпіричних даних; для статистичної обробки отриманих даних застосовувались методи описової та непараметричної статистики. відмінності між групами спостереження оцінювали за допомогою критерію відповідності(χ^2)(за допомогою програми Microsoft Excel).

Наукові елементи новизни полягають у:

- *поглибленому* уявленні розвитку професійного вигорання та тривожності у медичних працівників;
- *розкрито* вплив гендерних особливостей на розвиток професійного вигорання у працівників охорони здоров'я та розвитку тривожності.

- *розроблено рекомендації щодо профілактики та зниження тривожності у медичних працівників з урахуванням гендерних особливостей та профілактики професійного вигорання.*

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що матеріали дослідження можуть бути використані у професійній діяльності клінічних психологів та подальших наукових дослідженнях.

Для методологічної бази дослідження було використано: методику «шкала тривоги Бека» (The Beck Anxiety Inventory, BAI) та методику діагностики професійного вигорання (К. Масlach, С. Джексон в адаптації н. Е. Водоп'янової) або MBI (Maslach Burnout Inventory).

Публікації автора за темою дослідження: «Гендерні особливості розвитку тривожних розладів у працівників закладів охорони здоров'я» роботу було представлено та обговорено на науковій конференції Круглого стола «Сучасна юридична психологія, виклики та перспективи» Національного університету «Одеська юридична академія»

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, загальних висновків, список використаних джерел, що налічує 40 найменування. Основний зміст роботи викладений на 40 сторінках і містить 6 таблиць, 1 рисунок. Загальний обсяг роботи – сторінок 44 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ТРИВОЖНОСТІ ТА ВИГОРАННЯ.

За аналізом наукової літератури, наведеним у попередньому розділі нам розкриває важливість впливу гендеру на розвиток таких явищ як професійне вигорання та тривожність.

Емпіричну частину дослідження було проведено на робочому місці у приватній лабораторії ТОВ «Артмедіуз», а також у Миколаївській обласній клінічній лікарні КНП «МОКЛ» МОР.

Участь в експерименті приймало 30 осіб з яких, 15 жінок (що складає 50% вибірки) і 15 чоловіків (50% вибірки) різної вікової категорії від 23 до 61 років, які є працівниками цих двох закладів охорони здоров'я. Учасникам були надані форми з методиками. Психологічні дослідження проведені за умов інформованої згоди медичних працівників.

Організація та проведення експериментального дослідження вимагала вирішення наступних завдань:

1. Підбір діагностичного інструментарію для проведення і реалізації емпіричного дослідження гендерних особливостей розвитку тривожності та професійного вигорання у працівників закладів охорони здоров'я .
2. Провести аналіз та здійснити інтерпретацію отриманих результатів.
3. Сформулювати пропозиції щодо корекції та покращенню стану працівників охорони здоров'я та підвищення їх працездатності з урахуванням гендерних особливостей.

1.1. Обґрунтування і опис методики «Шкала тривоги Бека»

Шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI) – це є психологічна або клінічна тестова методика (інструментарій), який використовують для скринінгу тривожності, моніторингу динаміки розвитку і також оцінює ступеня вира-

зності тривоги. Її застосовують як і під час лікування, так і для діагностичних цілей.

Вона була розроблена ще у 1988 році самим Аароном Беком.

Методика включає в себе 21 твердження, кожне з яких докладно описує окремі симптоми тривожності.

Вона охоплює не тільки когнітивні прояви тривог (страх втрати контролю, труднощі з концентрацією уваги, дратівливість, тощо), а й фізіологічні прояви (підвищена пітливість, прискорене серцебиття, труднощі з диханням).

Опитуваний індивід оцінює на скільки інтенсивно кожен симптом турбує протягом деякого часу. Оцінка проводиться за чотирибальною шкалою:

- 0 – зовсім не турбує;
- 1 – слабо виражено;
- 2 – середньо турбує;
- 3 – значно непокоїть.

Дана шкала тривоги є легким у використанні та зручним засобом для оцінки рівня тривоги за допомогою тестування.

Інтерпретація результатів досить не складна. Після проходження тесту здійснюється підрахунок балів за всіма запитаннями. Бали, які опитуваний обрав підсумовуються і інтерпретуються за такими сумарними балами:

- Від 0 б – 21 б – показує низький рівень тривожності;
- Від 22 б – 35 б – це є показником середнього рівня тривоги;
- Від 36 б і більше балів є показником високого рівня тривоги на який слід звернути увагу.

Ця методика має високу надійність та ефективність, підтвердженням є велика чисельність досліджень. Вона дозволяє чітко вимірювати рівень тривоги та допомагає диференціювати тривожність від інших емоційних розладів.

В нашій країні опитувальник тривожності Бека є валідним на законодавчому рівні і затверджений наказом МОЗ України від 13.12.2023 року №2118 —Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню та доданий до

переліку валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги [25].

Опитувальник широко використовується в практиці клінічних психологів, практичних психологів, педагогами та психіатрами. Також він використовується у дослідницьких цілях. Шкала має певну вікову групу, виключно це люди віком від 16 років .

Методика є достатньо легкою і простою у застосуванні, як для фахівця так і для клієнта. По часовому обмеженню вона є не довгою і проходження тесту займає до 10 хвилин, що дозволяє, навіть у великій вибірці отримати швидко результат.

Як вже було наведено раніш, шкала охоплює когнітивні і фізіологічні аспекти тривоги, що дозволяє отримати повну розвитку або прояву розладу. Щодо об'єктивності самої методики, то вона є стандартизованою і в свою чергу результати шкали менш залежні від суб'єктивної думки спеціаліста.

Отже підсумувавши і проаналізувавши все вище зазначене. Обрана методика має достатньо не великий обсяг, займає невелику кількість часу і достатньо добре працює. Це дає змогу протестувати працівників закладів охорони здоров'я достатньо швидко і результативно.

1.2. Обрунтування та характеристика діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації н. Е. Водоп'янової)

Діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації н. Е. Водоп'янової) або MBI (Maslach Burnout Inventory) це один з найпоширеніших інструментарієм, що дозволяє оцінити рівень деперсоналізації, емоційного виснаження та зменшення професійної продуктивності.[29]

Ця методика була спеціально розроблена для оцінки синдрому вигорання в професіях, які потребують значної емоційної замученості. Прикладом таких професій є медична сфера діяльності, педагогічна діяльність та соціальні працівники.

Метод охоплює три шкали професійного вигорання такі, як емоційне виснаження, що включає в себе 9 тверджень, (емоційне перевантаження, відчуття втоми та брак енергії.), деперсоналізація, що включає в себе 5 тверджень, (байдуже або негативне ставлення до пацієнтів, клієнтів, колег, зростає рівень цинізму) та редукція професійної ефективності, що включає в себе 8 тверджень, (відчуття некомпетентності та втрату задоволення від виконаної роботи).

Емоційне виснаження вважається основним компонентом вигорання і проявляється у вигляді зниженого емоційного фону, апатії, емоційного перенасичення, коли людина відчуває, що не має влади та контролю над тим, що відбувається в її житті, і, здається, знаходиться в «пастці» свого життя.

Серед інших симптомів можна виділити порушення мотивації, дратівливість, відчуття безнадійності, втомленість, апатію, порушення сну, фізичну слабкість, втрату апетиту, труднощі з концентрацією уваги, а також прояви цинізму, песимізму, страху та депресії.

Деперсоналізація є другим компонентом і проявляється як деформація стосунків з оточуючими. Це може збільшити залежність від інших або посилити негативне, цинічне ставлення та почуття до пацієнтів, клієнтів тощо. Шкала деперсоналізації вимірює байдужу реакцію до колег, підлеглих або знецінення роботи, відносин і зв'язків. Але іноді людина стає болісно залежною і прив'язаною до інших.

Зниження особистісних досягнень є третьою складовою емоційного вигорання, що проявляється негативною самооцінкою, знецінення своїх професійних досягнень і успіхів, негативним ставленням до професійних обов'язків або припиненням власної гідності, обмеженням своїх можливостей, кар'єрних обов'язків по відношенню до інших.

К. Масlach вважає, що синдром професійного вигорання відноситься до працівників, які під впливом професійного тиску нехтують своїми професійними обов'язками та зобов'язаннями перед колегами та підлеглими, що призводить до деформації особистості.

Діагностика включає в себе 22 твердження, що описують різні аспекти переживання, які пов'язані з професійною діяльністю, що об'єднуються і три шкали, які охарактеризовані вище.

Респондент дає оцінку своєї згоди з твердженнями по шкалі від 0 до 6 балів. Де 0 балів – «ніколи», 1 бал – «дуже рідко», 3 бали – «інколи», 4 бали – «часто», 5 балів – «дуже часто», 6 балів – «кожен день».

Методика достатньо не велика і не потребує значних часових витрат.

Інтерпретація результатів є досить не складною, зрозумілою і структурованою. Розрахунок показників проводиться за кожною із трьох шкал окремо. Чим більша сума балів за кожною шкалою, тим більшою мірою респондент виражає різні аспекти професійного вигорання.

Якщо кількість балів достатньо високі за шкалами деперсоналізації та емоційного виснаження, а за шкалою професійної ефективності низькі, це свідчить про високий рівень вигорання. Також важкість вигорання можна прослідкувати за загальною сумою балів усіх шкал.

Низька кількість балів за шкалами може свідчити про незначний рівень синдрому вигорання або зовсім його відсутність.

Методика була адаптована під суспільство східної Європи з урахуванням особливостей культури, а також під специфіку працівників різних сфер.

Перевагою цієї методики є можливість не тільки оцінювати не лише наявність професійного вигорання, а також враженість його у кожній сфері. Її можна застосовувати не тільки індивідуально, а і в групових тестуваннях. Вона дає можливість діагностувати вигорання на ранній стадії, що є важливим для введення профілактичних заходів, а також для запобігання серйозних наслідків.

Методика може використовуватися в дослідницьких роботах, у практиці клінічних психологів для роботи та консультування професійних груп. Результати достатньо легко систематизуються, що дозволяє проводити кількісний для вивчення та відслідковування динаміки в групах або організаціях.

РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ І ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження тривожності за шкалою Бека у жінок і чоловіків.

Дослідження було проведено у жовтні 2024 року, у якому брали участь лікарі та середній медперсонал з яких було 15 жінок віком від 23 – 50 років і 15 чоловіків віком від 30 – 60 року.

Провівши дослідження за методикою «Шкала тривоги Бека, (BAI)», та проаналізувавши результати дослідження не тільки за гендерними, а і за віковими показниками та порівняли показники.

Аналіз показав, що у працівників охорони здоров'я є виражений певний рівень тривоги, який переважає за гендерною особливістю та віковою категорією. Результати дослідження представлені в таблицях 2.1 (Показник рівня тривоги у респондентів жіночої статі), 2.2 (Показник рівня тривоги у респондентів чоловічої статі), 2.3 (порівняльна таблиця) і на рисунку 2.1.

З таблиці 2.1 можемо побачити, що рівень тривожності медичних працівників (жінки), які були протестовані методикою «шкала тривоги Бека», мають наступні показники:

Таблиця 2.1 – Показники рівня тривожності у жіночої підвибірки за віковими показниками у кількісному та відсотковому співвідношенні.

Показники рівня ТРИВОГИ	Всього опитаних		Вік жінок					
			до 25 років		до 35 років		до 50 років	
	кіль- кість	%	кіль- кість	%	кіль- кість	%	кіль- кість	%
норма	2	13,3	1	25,0	1	16,7	0	0
легкий рівень	3	20,0	1	25,0	1	16,7	1	20,0
середній рівень	6	40,0	0	0	4	66,7	2	40,0
високий рівень	4	26,7	2	50,0	0	0	2	40,0
РАЗОМ:	15	100	4	100	6	100	5	100

Примітка: статистично вірогідних відмінностей між групами порівняння немає.

- 13, 3 % досліджуваних показало за рівнем тривожності норму, що свідчить про емоційну рівновагу та адаптивну реакцію на специфічні ситуації, які можуть виникнути у медичній сфері. За віковими показниками – це жінки віком до 25 років та до 35 років;

- Легкий рівень тривожності показали 20% досліджуваних респондентів, що може свідчити про підвищену уважність та обережність на робочому місці, адаптивність до стресу, схильність до самокритичності своїх дій та емоційній чутливості, що допомагає у професійній діяльності, якщо не є надмірним. За показниками, що представлені в таблиці 2.1, мають схильність до такого рівня тривожності жінки за всіма віковими показниками;

- Найбільші кількості досліджуваних жіночої статі було діагностовано середній рівень тривоги, що складав 40% від усієї вибірки. На такий відсоток досліджуваних могли вплинути, як екзогенні чинник (військові дії, вибухи, економічна нестабільність), так і суто професійна сфера (ризики емоційного вигорання, перенавантаження відповідальністю, тощо). Більш схильні до показника середньої тривоги жінки у віковому діапазоні до 35 років;

- 26,7% показали високий рівень тривожності респонденти жіночої статі, що може бути обумовленим суміжними чинниками (особисті, професійні та соціально-економічні).

Це свідчить про психоемоційне виснаження та дискомфорт, причини можуть бути різні наприклад: постійний контакт із критичними ситуаціями, висока відповідальність за життя пацієнтів, нестабільний графік роботи та відчуття провини за можливі помилки. За віковою категорією жінок високий рівень тривоги було діагностовано жінкам віком до 25 років, що складало 50% від загальної підвибірki та віком до 50 років, що складало 40% від загальної підвибірki.

Таким чином, дослідження з використанням шкали тривожності Бека оцінило рівень тривожності жінок-медичних працівників, виявивши різні результати для різних вікових груп. Лише 13,3% продемонстрували нормальний рівень тривожності, що показує на емоційну врівноваженість, у той час як 20% показали невелику тривожність, що показала про важливість і здатність до адаптації.

Виявлено, що більшість, 40%, мають середній рівень тривожності, ймовірно, під впливом зовнішніх факторів стресу та професійного тиску, а 26,7% відчували високу тривожність, особливо серед молодих жінок до 25 років, що підкреслює проблеми, з якими стикаються в галузі медицини.

Отже, середня частина опитуваних працівників охорони здоров'я (жінок) показали високий рівень тривоги. Такий показник рівня тривожності говорить про переживання і страхи в самій особистості, що виражаються в дискомфорті, у скутості на фізичному рівні, у невпевненості, у положенні тиску, які проявляються у вербальних і невербальних знаках.

Більшість респондентів (жінок) мають середній рівень тривожності. Такі люди нерішучі і боязливі, але раціоналізують свій страх. Вони впевнені, що результат діяльності пов'язаний з чимось, що вони зробили, і тому починають діяти у разі тривожної ситуації. Щоб провести порівняння та визначити гендерні особливості тривожності, також було проведено тестування серед медичних працівників чоловічої статі.

Таблиця 2.2 – Показники рівня тривожності у чоловічої підвибірці за віковими показниками у кількісному та відсотковому співвідношенні.

Показники рівня ТРИВОГИ	Всього опитаних		Вік чоловіків					
			до 30 років		до 45 років		до 60 років	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%	кількість	%
норма	5	33,3	2	33,3	0	0	3	50,0
легкий рівень	4	26,7	1	16,7	1	33,3	2	33,3
середній рівень	2	13,3	2	33,3	0	0	0	0
високий рівень	4	26,7	1	16,7	2	66,7	1	16,7
РАЗОМ:	15	100	6	100	3	100	6	100

Примітка: статистично вірогідних відмінностей між групами порівняння немає.

З таблиці 2.2 можна зробити наступні висновки:

- 33,3% респондентів чоловічої статі було діагностовано показник рівня тривоги – норму. За віковими показниками норму було встановлено медичним працівникам (чоловіки) віком до 30 років, що становило 33,3 % відсотки від загальної підвибірці та віком до 60 років, що становило 50% від загальної підвибірці.
- Високий та легкий рівень тривоги респонденти показали однаковий відсоток, а саме 26,7%. Але є різниця у віковому діапазоні. Легкий рівень триво-

ги більш виражено і по розрахункам було встановлено однаковий показник 33,3% від загальної підвибірki у чоловіків віком до 45 років та до 60 років, 16,7% показали чоловіки до 30 років.

- Високий рівень тривоги також було діагностовано всім віковим категоріям, але за відсотковим співвідношення, а саме 66,7% показали чоловіки віком до 45 років.

- Це може свідчити про надмірне психоемоційне напруження, через високий рівень відповідальності та обмежені можливості для відпочинку, перевищення ресурсів адаптації (не можливість справлятися з викликами професійного середовища) та вплив гендерних стереотипів (приховування емоцій) . Чинниками можуть бути професійні, соціальні та культурні, особисті, фінансово-економічні, тощо.

- 13,3% становить середній рівень тривоги у респондентів чоловічої статі, та більш виражена за віковою категорією до 30 років, що становить 33,3% від загальної підвибірki.

Для визначення гендерної особливості рівня тривожності було проведено порівняльний аналіз показників, який є представлений у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – порівняльна таблиця показників тривожності за методикою «шкала тривоги Бека»

Показники рівня ТРИВОГИ	Чоловіки		Жінки		Загалом	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
норма	5	33	2	13	7	23
легкий рівень	4	27	3	20	7	23
середній рівень	2	13	6	40	8	27
високий рівень	4	27	4	27	8	27
РАЗОМ:	15	100	15	100	30	100

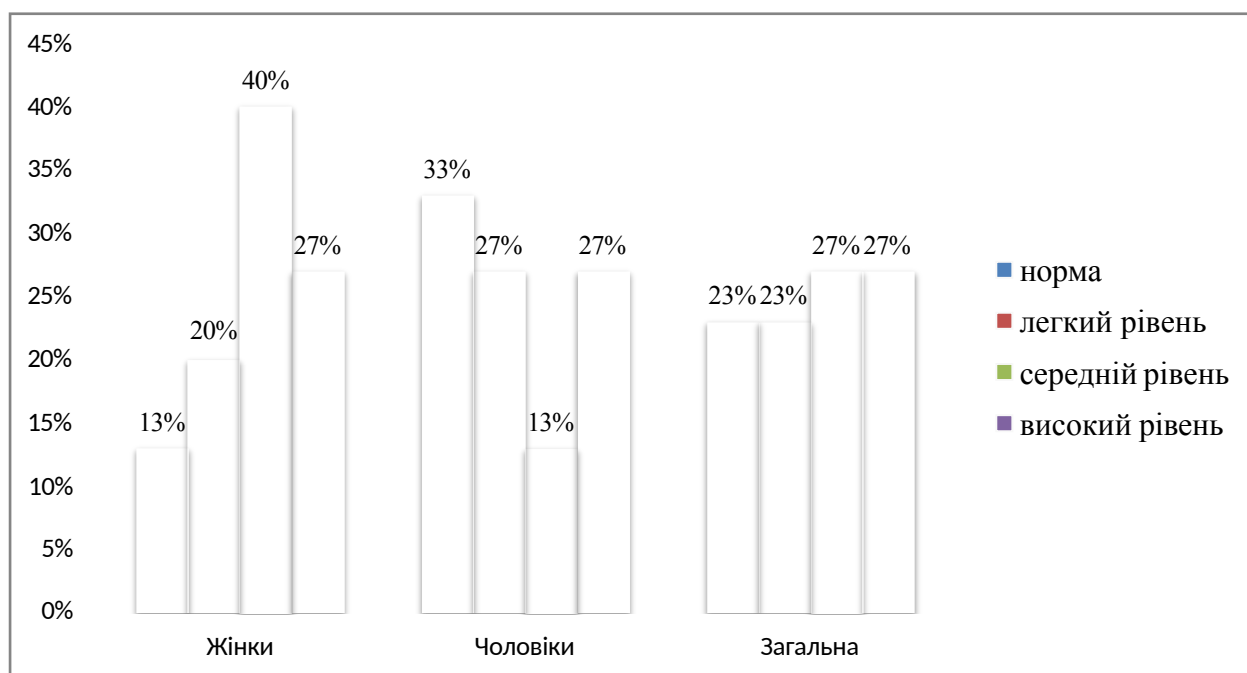
Порівняльний аналіз показав, що загальний вісток підкреслю нормальний і легкий рівень тривоги у працівників закладів охорони здоров'я становить 23%, середній і високий рівень 27%.

Значно більша частка чоловіків (33%) перебуває в межах норми порівняно з жінками (13%), що свідчить про менший рівень базової тривожності серед

Частка чоловіків і жінок з легким рівнем тривожності майже однакова, однак легка тривожність дещо частіше фіксується у чоловіків.

А також, слід зазначити, що відповідно до проведеного тестування та результатів аналізу встановлено, що медичних працівників жіночої статі показник середньої рівня тривожності більший, що становить 40% , ніж показник медичних працівників чоловічої статі, що становить 13%. Результати представлені на рис. 2.1.

Рис. 2.1 – Порівняльні результати дослідження гендерних особливостей тривожності працівників закладів охорони здоров'я.



Примітка: спостерігали тенденцію більшої тривожності у жінок.

Високий рівень тривожності зустрічається з однаковою частотою серед чоловіків і жінок (по 27%). Це вказує на можливість спільних факторів, що викликають високий рівень тривожності у представників обох статей.

Високий рівень тривожності у 27% учасників обох статей вказує на поширеність стресових чинників, наприклад, професійного вигорання, недостатньої соціальної підтримки або індивідуальних особливостей.

Статеві відмінності в тривожності та її вираженість у чоловіків і жінок, що працюють у медичній сфері, проявляються по-різному через психофізіологічні особливості, культурні та соціальні очікування та професійними змінами. Жінки частіше проявляють рівень тривожності ніж чоловіки, що доведено в таблиці 2.3 та рис. 2.1, через схильність до глибокого переживання та емоційної чутливості.

Чоловіки можуть мати нижчий суб'єктивний рівень тривожності, але їхня тривожність виникає на характері агресії, дратівливості або емоційної замкнутості. Це базується на гендерних нормах, які вимагають від людини «тримати себе в руках», щоб ніколи не бути спійманим у проявах слабкості.

Чинниками вищої тривожності у жінок можуть бути, як і професійні, так і особистісні та соціальні. Жінки частіше працюють на більш виснажуючих посадах у медичній сфері.

До соціальних факторів ми можемо віднести гендерну нерівність, на відміно від чоловіків, у жінок частіше виникає необхідність доводити свою професійну компетентність. Також потреба підтримувати баланс між сім'єю і роботою, що досить є складно, що може викликати додатковий стрес.

Фізіологічні прояви тривоги у жінок проявляються такими психосоматичними проявами, як порушення сну, головними болем, безсоння, підвищена втома та порушення апетиту. У чоловіків прояв тривожності з боку розладів ЖКТ та серцево-судинних симптомів (тахікардія та підвищення артеріального тиску).

Медичні працівники жіночої статі, як правило, демонструють емоційну вразливість і більш відкритого рівня тривогам (самокритика, тощо). Жінки зосереджуються на можливих ризиках і непокоєнні за майбутнє.

Тривога у чоловіків може проявлятися менш явно, часто у формі дратівливості, замкнутості або навіть фізичної агресії. Вони можуть уникати обговорення питань, пов'язаних із тривогою.

Отже підвівши підсумки проаналізованих даних і вище зазначеного, можемо зробити висновок щодо різниці розвитку тривожності медичних працівників за гендерними особливостями. Також аналіз вказує на важливість урахування гендерних відмінностей у підходах до профілактики та корекції тривожних станів.

2.2. Аналіз та інтерпретація результаті дослідження діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації н. Е. Водоп'янової)

Для досягнення поставленої мети було організовано комплексне дослідження, спрямоване на аналіз явища професійного вигорання серед працівників охорони здоров'я. Особливу увагу приділено як чоловікам, так і жінкам, оскільки обидві групи стикаються з унікальними викликами в професійній діяльності.

У дослідженні оцінювалися ключові аспекти вигорання, включаючи емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень, що дозволило виявити відмінності у впливі стресових факторів на представників різних статей.

Аналіз результатів дав змогу оцінити не лише рівні розвитку професійного вигорання, але й виявити чинники, що сприяють цьому процесу, а також можливі підходи до їх подолання.

Отримані дані створюють основу для розробки профілактичних і корекційних заходів, які враховують гендерні особливості та спрямовані на підвищення якості життя і професійного благополуччя медичних працівників.

Дослідження було проведено за методикою «Діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації н. Е. Водоп'янової)».

Провівши аналіз тестування серед медичних працівників жіночої статі, було виявлено такі показники за трьома субшкалами:

Всі результати були представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Аналіз показників професійного вигорання у жіночої підвибір-
рки.

№ з\п	Субшкали про- фесійного виго- рання	Рівні розвитку субшкал професійного вигорання, (у кількісних по- казниках та у % від загальної кількості опитаних)						
		Всього опитаних опонентів	низький		середній		високий	
			кіль- кість	%	кіль- кість	%	кіль- кість	%
1	Емоційне ви- снаження	15	3	20,0	6	40,0	6	40,0
2	Деперсоналіза- ція	15	6	40,0	5	33,3	4	26,7
3	Редукція особи- стих досягнень	15	4	26,7	4	26,7	7	46,7

Примітка: статистично вірогідних відмінностей між групами порівняння немає.

- Низький рівень емоційного виснаження становить 20% від загальної підвибірки, свідчить про те, що цей відсоток жінок здатні справлятися зі стресовими ситуаціями, які часто виникають у медичній сфері, і не допускає накопичення емоційного виснаження.
- Нормальний показник говорить про те, що жінки не перебувають на початкових стадіях емоційного вигорання і її психоемоційний стан є задовільним для ефективного виконання роботи.
- Середній та високий рівень емоційного виснаження жінки продемонстрували однакову кількість, а саме 40 % від загальної підвибірки.
- Середній рівень емоційного виснаження може свідчити про початкові ознаки виснаження, що супроводжується відчуттям втоми, початкове зниження емоційних ресурсів, особливо в період підвищеного навантаження. Також мож-

ливій прояві тимчасова втрата ентузіазму та потреба в емоційному «перезавантаженні».

- Під тиском професійного стресу зростатимуть ризики погіршення взаємодії з колегами та пацієнтами через емоційне напруження. Без вчасного надання профілактики або зміни у робочому середовищі, то можуть виникнути ризик підвищення до високого рівня виснаження.

- Високий рівень емоційного виснаження свідчить про серйозне психічне та емоційне виснаження серед протестованих жінок та може негативно впливати на професійну діяльність та загальне благополуччя.

- У групу з високим рівнем «деперсоналізації» потрапили 26,7% жінок медичних працівників. Це може проявлятися у погіршенні стосунків із пацієнтами та колегами, а також у зростанні негативізму і цинічності щодо виконання професійних обов'язків.

- Високий рівень «редукції особистих досягнень» мають 46,7% медичних працівників жіночої статі. Вони схильні негативно оцінювати себе, свої професійні досягнення та успіхи, виявляють зневіру у власній професійній компетентності, обмежують свої обов'язки та можливості у стосунках із колегами та пацієнтами.

Проаналізувавши отримані результати дослідження професійного вигорання медичних працівників чоловічої статі, що представлені в таблиці 2.5, ми можемо інтерпретувати їх таким чином:

Таблиця 2.5 – Аналіз показників професійного вигорання у чоловічої під-
вибірки

№ з\п	Субшкали професійного вигорання	Рівні розвитку субшкал професійного вигорання, (у кількісних показниках та у % від загальної кількості опитаних)						
		Всього опитаних	низький		середній		високий	
			кіль-кість	%	кількість	%	кіль-кість	%
1	Емоційне виснаження	15	5	33,3	6	40,0	4	26,7
2	Деперсоналізація	15	7	46,7	3	20,0	5	33,3
3	Редукція особистих досягнень	15	4	26,7	5	33,3	6	40,0

Примітка: статистично вірогідних відмінностей між групами порівняння немає.

За субшкалою «Емоційне виснаження» медичні працівники чоловічої статі продемонстрували такі показники:

- Низький рівень емоційного виснаження було встановлено у 33,3% медичних працівників чоловічої статі.
- 40,0% чоловікам було діагностовано середній рівень емоційного виснаження.
- 26,7% чоловіків показали високий рівень тривоги.
- За субшкалою емоційного виснаження більшість чоловіків (40%) перебувають на середньому рівні емоційного виснаження, що може свідчити про помірний вплив професійного стресу, а також вплив професійного навантаження на їхній емоційний стан. Водночас високий рівень (26,7%) сигналізує про значну частину працівників, які перебувають у зоні ризику вигорання.

Показники субшкали деперсоналізації є наступним: Низький рівень – становить 46,7%; середній рівень – 20,0%; Високий рівень становить 33,3%.

- Таким чином, майже половина респондентів (46,7%) мають низький рівень деперсоналізації, що є позитивним показником. Водночас третина (33,3%) демонструють високий рівень, що вказує на ризик погіршення стосунків із пацієнтами та колегами через цинізм чи емоційне відчуження.

- Проаналізувавши субшкалу «редукція особистих досягнень» ми отримали наступні результати: низький рівень редукція особистих досягнень становив 26,7%; середній рівень – 33,3%; високий рівень – 40,0% від загальної підвибірки .

- ми бачимо, що найбільша частка респондентів (40%) відчують високий рівень редукції особистих досягнень, що вказує на незадоволеність собою, зниження професійної мотивації та впевненість у власній компетенції. Це може мати негативний вплив на якість їхньої роботи. Може бути наслідком постійної критики або високих очікувань у професійній сфері.

Підсумувавши всі показники ми можемо зробити такий висновок, що найбільша частка чоловіків перебуває на середньому рівні емоційного виснаження, однак значний відсоток (26,7%) має високий рівень, що потребує профілактичних заходів.

Хоча більшість має низький рівень «деперсоналізації», третина чоловіків стикається з емоційним відчуженням, що може впливати на їхню професійну ефективність.

Редукція особистих досягнень є найбільш проблемною субшкалою, адже 40% чоловіків відчують зниження особистісної цінності, що є тривожним сигналом для корекції їхнього емоційного стану. Для тих, хто має високий рівень редукції досягнень рекомендовано запроваджувати програми професійного зростання, наставництва, щоб підвищити самооцінку та мотивацію.

Робота у сфері охорони здоров'я вимагає від чоловіків-медиків прийняття рішень, які часто мають прямий вплив на життя та здоров'я пацієнтів. Кожне рі-

шення, починаючи від діагностики і до призначення лікування, супроводжується великим емоційним навантаженням.

Постійна потреба бути сконцентрованим, оперативно аналізувати інформацію та діяти в умовах обмеженого часу сприяє формуванню стресу. До цього додається страх зробити помилку, яка може призвести до серйозних наслідків, що ще більше посилює тиск на лікарів. З часом така постійна напруженість виснажує емоційні ресурси і стає однією з ключових причин професійного вигорання.

Чоловіки-медики часто працюють у високоінтенсивному режимі, що включає тривалі зміни, нічні чергування та відсутність належних перерв для відпочинку. Такий графік поступово виснажує організм, позбавляючи його можливості для повноцінного відновлення. Недостатній сон та регулярна перевтома погіршують фізичний та психічний стан, знижуючи працездатність і здатність ефективно виконувати професійні обов'язки. Крім того, відсутність часу для особистого життя та хобі часто призводить до емоційного вигорання, оскільки робота стає єдиним центром життя, залишаючи мало місця для радощів і задоволення.

Соціальні очікування щодо чоловіків-медиків також відіграють значну роль у виникненні професійного вигорання. Суспільство часто накладає на чоловіків додатковий тягар очікувань щодо високої продуктивності, стійкості та постійної готовності до вирішення складних завдань. Такий тиск може формувати відчуття, що будь-який прояв слабкості або помилки неприйнятний.

У результаті багато чоловіків починають відчувати, що їхні професійні досягнення є недостатніми, навіть якщо це не відповідає дійсності. Таке самокритичне ставлення призводить до редукції особистих досягнень, викликаючи відчуття невдоволення собою та своєю професійною компетентністю.

Недостатня психологічна підтримка: чоловікам, як і жінкам, досить важлива психологічна підтримка, але вони рідше звертаються по допомогу, що збільшує ризик накопичення стресу.

Таким чином, дані таблиці демонструють необхідність комплексного підходу до профілактики професійного вигорання серед чоловіків, враховуючи емоційні та соціальні чинники.

На підставі отриманих аналізів за попередніми даними ми провели порівняльний аналіз між чоловічою і жіночою вибіркою за трьома субшкалами. Результати представлені у таблиці 2.6.

Таблиця відображає рівні розвитку трьох субшкал професійного вигорання серед чоловіків і жінок. У кожній категорії представлені дані щодо низького, середнього та високого рівня.

Таблиця 2.6 – Порівняльний аналіз щодо професійного вигорання між чоловіками та жінками

№ з\п	Субшкали професійного вигорання	Рівні розвитку субшкал професійного вигорання, (у % від загальної кількості опитаних та у розрізі статі опитуваних опонентів)					
		низький		середній		високий	
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
1	Емоційне виснаження	33,3	20,0	40,0	40,0	26,7	40,0
2	Деперсоналізація	46,7	40,0	20,0	33,3	33,3	26,7
3	Редукція особистих досягнень	26,7	26,7	33,3	26,7	40,0	46,7

Примітка: статистично вірогідних відмінностей між групами порівняння немає.

За результатами таблиці жінки продемонстрували високий рівень емоційного виснаження (40,0%) порівняно з чоловіками (26,7%), що може бути пов'язано з подвійним навантаженням, поєднанням професійних обов'язків із сімейними.

Натомість низький рівень емоційного виснаження частіше зустрічається у чоловіків (33,3% проти 20,0%), що свідчить про більшу стійкість до стресів або кращі механізми адаптації.

Також чоловіки частіше мають низький рівень деперсоналізації (46,7%) порівняно з жінками (40,0%), що може свідчити про більш розвинуті комунікативні навички або меншу схильність до цинізму.

Водночас жінки частіше демонструють середній рівень (33,3%), що свідчить про помірні проблеми у міжособистісній взаємодії, а також відображає прагнення підтримувати емоційну залученість, але на тлі зростаючого навантаження це створює ризик виснаження, тоді як високий рівень дещо частіше зустрічається у чоловіків (33,3%), що може свідчити про їхнє схильне використання психологічного захисту через цинізм або відстороненість.

Низький рівень редукції особистих досягнень однаково поширений серед чоловіків і жінок (26,7%). Проте жінки частіше відчувають високий рівень (46,7%), що вказує на сильніше невдоволення власними професійними успіхами та зниження впевненості у своїй компетентності. Чоловіки частіше мають середній рівень (33,3%), що свідчить про помірну незадоволеність своїми досягненнями.

З цього випливає, що жінки більше схильні до високого рівня емоційного виснаження, тоді як чоловіки частіше мають низький рівень. Це може бути наслідком гендерних відмінностей у сприйнятті стресу та адаптації до професійних викликів.

Чоловіки мають більше низьких показників, що свідчить про кращу взаємодію з пацієнтами та колегами. Жінки частіше демонструють середній рівень, що вказує на певний ризик втрати емоційної залученості в роботі.

Жінки частіше відчувають високий рівень редукції, що може впливати на їхню мотивацію та впевненість у професійній діяльності.

Для жінок із високим рівнем емоційного виснаження необхідно створити умови для більшого відпочинку та зниження навантаження. Чоловікам із висо-

ким рівнем деперсоналізації варто проводити тренінги для розвитку емпатії та комунікації.

Для обох статей із високою редукцією особистих досягнень доцільно запроваджувати програми професійного розвитку та психологічної підтримки.

Таким чином, дані таблиці демонструють необхідність комплексного підходу до профілактики професійного вигорання серед чоловіків, враховуючи емоційні та соціальні чинники.

Порівнюючи причини виникнення професійного вигорання ми дійшли таких висновків, що на жінок впливають соціальні стереотипи, вони часто стикаються з очікуванням виконання ролей як вдома, так і на роботі, що призводить до емоційного виснаження.

Також у порівнянні з чоловіками у жінок більша емоційна замученість, вони частіше вкладаються емоційно у взаємодію з пацієнтами, що пояснює високий рівень емоційного виснаження. Жінки-медики можуть частіше відчувати, що їхній професійний внесок недооцінений, що підвищує ризик редукції особистих досягнень.

Навідмінно від жінок, чоловіки частіше використовують деперсоналізацію як спосіб захисту від стресу. Вони можуть стикатися із більшим тиском щодо професійної ефективності, що впливає на редукцію особистих досягнень. Чоловіки рідше шукають підтримки, що сприяє накопиченню стресу.

Причини професійного вигорання значно варіюються залежно від гендерних особливостей, що підкреслює важливість врахування цих відмінностей при розробці стратегій профілактики та подолання цього явища. У чоловіків медичної сфери професійне вигорання часто пов'язане з високим рівнем відповідальності за прийняття критично важливих рішень, які безпосередньо впливають на життя і здоров'я пацієнтів. Це, разом із соціальним очікуванням демонструвати стійкість, ефективність і професіоналізм, створює додатковий психологічний тиск. До цього додається інтенсивний робочий графік, який часто не залишає часу для повноцінного відпочинку чи відновлення сил.

Отже, диференційований підхід до профілактики професійного вигорання є необхідністю. Стратегії мають враховувати унікальні виклики та потреби кожної статі, спрямовуючи зусилля на створення балансованих робочих умов, підтримку психоемоційного благополуччя та розвиток навичок ефективного управління стресом.

2.3. Рекомендації щодо усунення тривожності і професійного вигорання у працівників закладів охорони здоров'я з урахуванням гендерних особливостей

Проаналізувавши попередні результати дослідження було виведено наступні рекомендації щодо зменшення рівня тривожності та запобігання професійного вигорання для жінок і чоловіків, що працюють в сфері охорони здоров'я:

1. Контроль тривожності серед медичних працівників обох статей:

Для ефективного зменшення тривожності медичним працівникам чоловічої статі необхідно приділяти увагу ранньому виявленню та запобігання стресу. Це може включати розробку стратегій емоційної гнучкості, які дозволяють зберігати спокій навіть у складних ситуаціях.

Такий підхід сприятиме уникненню розвитку високих рівнів тривоги, які згодом можуть стати перешкодою для професійної ефективності. Серед ефективних методів можуть бути практики медитації, дихальні вправи, а також когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на зміну негативних мисленнєвих шаблонів.

Медичні працівники жіночої статі, з огляду на підвищену чутливість до стресових ситуацій, можуть скористатися спеціалізованою психологічною підтримкою. Це може бути індивідуальна або групова терапія, яка акцентує увагу на техніках емоційної регуляції, наприклад, управлінні емоціями через щоденне ведення записів, релаксаційні техніки чи арт-терапію.

Усі ці методи спрямовані на підвищення стійкості до стресу та зниження рівня тривожності.

Загалом, для обох статей ефективними будуть програми управління стресом, що впроваджуються на робочих місцях, а також навчання навичкам управління часом та емоційної саморегуляції.

Такі програми сприятимуть створенню здоровішого робочого середовища і загальному покращенню емоційного стану працівників.

2. Регулярні психологічні консультації:

Регулярні психологічні консультації на робочих місцях є ключовим інструментом для подолання синдрому професійного вигорання.

Такий підхід дозволяє не лише допомогти медичним працівникам усвідомити стресові фактори, але й виявити ранні ознаки вигорання, які можуть залишатися непоміченими через перевантаженість роботою.

Під час консультацій лікарі та медсестри можуть отримувати індивідуальні рекомендації щодо подолання стресу, включаючи когнітивно-поведінкові техніки, спрямовані на зміну негативного ставлення до роботи або підвищення самооцінки.

Крім того, такі консультації можуть створювати простір для обміну досвідом і підтримки між колегами, що допомагає зменшити відчуття ізоляції. Психологічна підтримка є особливо важливою в умовах інтенсивного графіку та емоційно важкої праці в медичній сфері.

3. Оптимізація робочих графіків:

Правильне формування робочих графіків є вирішальним у зменшенні професійного навантаження та стресу.

Надмірна кількість змін, відсутність належного відпочинку та часті нічні чергування негативно впливають на фізичне й емоційне здоров'я працівників охорони здоров'я.

Для ефективної оптимізації графіків необхідно враховувати індивідуальні потреби працівників, забезпечуючи баланс між робочим і особистим життям.

Створення умов для повноцінного відпочинку, таких як впровадження більш тривалих перерв чи скорочення тривалості змін, дозволить медичним працівникам відновлювати енергію та зберігати ефективність.

Також слід передбачити регулярні вихідні дні для уникнення хронічної втоми.

4. Профілактичні тренінги та мотиваційні програми

Проведення профілактичних тренінгів з управління стресом та емоційної стабільності є ще одним важливим елементом боротьби із професійним вигоранням.

Такі тренінги можуть включати навчання медичних працівників практикам саморегуляції, наприклад, методикам розслаблення, медитації чи ефективного вирішення конфліктів.

Під час таких заходів особливу увагу слід приділяти роз'ясненню механізмів впливу стресу на організм і психологію, що допоможе медпрацівникам краще розуміти й контролювати свої емоційні реакції.

Окрім цього, мотиваційні програми, спрямовані на підвищення впевненості у професійних навичках, допоможуть зміцнити відчуття власної компетентності та значущості роботи.

Наприклад, проведення тематичних семінарів, майстер-класів або навіть невеликих урочистостей, спрямованих на визнання досягнень медиків, може позитивно вплинути на їхню мотивацію та загальний емоційний стан. Усі ці заходи сприятимуть зміцненню почуття професійного задоволення та покращенню благополуччя працівників охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. Дослідження з використанням шкали тривожності Бека оцінило рівень тривожності жінок-медичних працівників, виявивши різні результати для різних вікових груп. Лише 13,3% учасників продемонстрували нормальний рівень тривожності, що вказує на емоційну врівноваженість, тоді як 20% показали легку тривожність, що свідчить про адаптивність і обережність у їхніх професійних ролях.

Більшість, 40%, відчували помірну тривожність, ймовірно, під впливом зовнішніх факторів стресу та професійного тиску, а 26,7% повідомили про високий рівень тривоги, особливо серед молодих жінок віком до 25 років, підкреслюючи значні проблеми, з якими стикаються в галузі медицини.

2. Дослідження рівня тривожності серед чоловіків-медичних працівників показало, що у 33,3% був діагностований нормальний рівень тривожності, особливо серед осіб віком до 30 і 60 років.

Як високий, так і легкий рівень тривоги були зареєстровані у 26,7%, причому легка тривога більш поширена у чоловіків віком до 45 і 60 років, тоді як 16,7% чоловіків віком до 30 років виявили легку тривогу. У значних 66,7% чоловіків віком до 45 років був діагностований високий рівень тривожності, що свідчить про те, що такі фактори, як посилене психоемоційне напруження, висока відповідальність і гендерні стереотипи, можуть сприяти їх психічному здоров'ю. Крім того, 13,3% респондентів показали середній рівень тривожності, причому найбільший рівень тривоги у віковій групі до 30 років – 33,3%.

3. Порівняльний аналіз рівнів тривожності серед медичних працівників показав, що 23% відчують нормальний і помірний рівень тривожності, тоді як 27% демонструють середній або високий рівень тривожності. Примітно, що вищий відсоток чоловіків (33%) потрапляє в нормальний діапазон тривоги порівняно з жінками (13%), що вказує на те, що жінки-медичні працівники мають вищий середній рівень тривожності на 40%. Дослідження підкреслює значні гендерні відмінності у проявах тривоги: жінки демонструють емоційну чутливість і

вразливість, тоді як чоловіки часто виражають тривогу через дратівливість або замкнутість, підкреслюючи необхідність гендерно-специфічних підходів до вирішення тривоги в галузі медицини.

4. Аналіз професійного вигорання серед медичних працівників жінок і чоловіків виявив суттєві відмінності в емоційному виснаженні, деперсоналізації та зниженні особистих досягнень.

Жінки-медичні працівники продемонстрували вищий рівень емоційного виснаження (40%) порівняно з їхніми колегами-чоловіками (26,7%), ймовірно, через подвійний тиск професійних і сімейних обов'язків. І навпаки, чоловіки продемонстрували більшу схильність до деперсоналізації як механізму подолання, тоді як обидві статі відчули помітне зниження особистих досягнень, що вказує на необхідність цілеспрямованих втручань для вирішення цих проблем і сприяння емоційному благополуччю в медичному середовищі.

5. У дослідженні представлено кілька рекомендацій, спрямованих на зниження рівня тривожності та профілактику професійного вигорання серед медичних працівників.

Основні стратегії включають впровадження заходів контролю тривоги, таких як навчання емоційної гнучкості та спеціалізована психологічна підтримка для жінок-медичних працівників, а також регулярні психологічні консультації для виявлення факторів стресу та ранніх ознак вигорання. Крім того, оптимізація графіків роботи для забезпечення повноцінного відпочинку, проведення профілактичних тренінгів з управління стресом і створення мотиваційних програм є важливими для підвищення емоційного благополуччя та професійної задоволеності медичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Allen R. Miller, Ph.D., M.B.A. —CBT for front-line medical professionals brief interventions during a time of crisis 04/2020.
2. Aikhenvald A. Y. How Gender Shapes the World. Oxford : Oxford University Press, 2016. 304 p.
3. Bartholomew AJ, Houk AK, Pulcrano M, Shara NM, Kwagyan J, Jackson PG, Sosin M. Meta-Analysis of Surgeon Burnout Syndrome and Specialty Differences. J Surg Educ. 2018. Sep-Oct;75(5). p. 1256-1263.
4. Dyrbye, L.N.; Thomas, M.R.; Shanafelt, T.D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. Acad. Med. 2006, 81, 354–373.
5. Haffizulla FS, Newman C, Kaushal S, Williams CA, Haffizulla A, Hardigan P, Templeton K. Assessment of Burnout: A Pilot Study of International Women Physicians. Perm J. 2020 Sep;24. p. 1-5.
6. Kopper B.A., Epperson D.L. Women and gender: sex and sex-role comparisons in the expression of anger. Psychology of women quarterly. 1991. №. 15. p. 7–14.
7. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun. 2020 Aug;88. p. 901-907.
8. Runswick, O.R.; Roca, A.; Williams, A.M.; Bezodis, N.E.; North, J.S. The effects of anxiety and situation-specific context on perceptual-motor skill: A multi-level investigation. Psychol. Res. 2018, 82, 708–719.
9. Spielberger, C. D. Conceptual and methodological issues in anxiety research. In Anxiety: Current Trends in Theory and Research. New York, NY: Academic Press. 1972. p. 481–492.
10. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Вип. 6, № 2 . С. 28-33.

11. Бабич О.Б. Дослідження гендерних проблем та стереотипів професійного середовища очима студентів. Вісник НАДУ. Серія «Державне управління». 2018. № 3 (90). С. 119–130. 13.
12. Бамбурак Н. Методи профілактики виникнення професійних ризиків та деформацій у професійній діяльності працівників медичної та соціальної сфери. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. 2018. № 2 (10). с. 5–15.
13. Барковська Т.В. Особливості емоційного вигорання медичних працівників під час війни. Запоріжжя: ЗНУ. 2022. с. 81.
14. Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. Психологічні перспективи. 2020. Вип. 36. с. 37 – 48.
15. Боднар А. Я. Емоційне вигорання як внутрішньоособистісний конфлікт. Конфліктологічна експертиза: теорія та методика : XVIII міжнародна науково-практична конференція. К., 2019. С. 8–12.
16. Березіна О.О. Вплив тривалої соціальної ізоляції на формуванні страхів та фобій. Актуальні проблеми психології. Том 9, випуск 13. 2020. С. 19-25.
17. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин. Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. 2015. Т 23, № 1 (82). с. 5-11.
18. Волошок О.В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості / О.В. Волошок // Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець- Подільського національного університету імені І.Огієнка, Інститут психології імені Г.С. Костюка АПН України. 2010. Вип. 10, 120-128 с.
19. Галієва О. М. Теоретичний аналіз поняття «тривожність». Теорія та практика сучасної психології. 2018. № 6. с. 107 – 110.
20. Головенко Х. В. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу і фактори, які спричиняють його розвиток / Х. В. Головенко, О. М. Сопель // Медсестринство. 2017. № 4. с. 51–53.5.

21. Горачук В. В. Наукове обґрунтування системи професійної реабілітації лікарів-педіатрів поліклінічних закладів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 14.02.03 / В. В. Горачук. К., 2009. 26 с.6.
22. Драга Т. М. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників / Т. М. Драга, О. П. Мялюк, І. Я. Криницька // Медсестринство. – 2017. – № 3. – С. 48–51.7.
23. Знанецька О. М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників / О. М. Знанецька // Вісник Дніпропетровського університету ім. О. Гончара. 2013. № 8. с. 80–87.
24. Іванова Т, Зозуля І. Гендерні особливості прояву тривоги та депресії. Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки. 2021. с. 10:68–76.
25. Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. Медсестринство. 2019. № 3. С. 39 – 41.
26. Про організацію: Наказ МОЗ від 13 грудня 2023 р. №2118. [URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text).
27. Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери: методичні рекомендації / за заг. ред. М.Л. Авраменка. – Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів. Л., 2008. 53 с.
28. Стрілецька І.І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект). Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. Серія Психологічні науки. Київ: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2015. Вип. 1 (46). С. 266-272.
29. Сизоненко А.В. Психологічні особливості гендерних стереотипів особистості. Проблеми сучасної психології. № 31. 2016. С. 418–427.
30. Мірошниченко, О. Профілактика «синдрому» професійного вигорання у працюючих в екстремальних умовах: начальніо–методичний посібник. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка. 2013. 155 с.
31. МКХ-11:URL: <https://icd.who.int/en?fbclid>.

32. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324с.
33. Норкіна І. Статеворольова соціалізація як засвоєння гендерної ролі. Сучасні стратегії гендерної освіти в умовах євроінтеграції : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Тернопіль, 10–11 вересня. 2020 р. Тернопіль, 2020. с. 165–167.
34. Томчук С.М., Томчук М.І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі. Сергій Михайлович Томчук, Михайло Іванович Томчук. Вінниця:КВНЗ «ВАНО», 2018. 200 с.
35. Сінайко В. М. Тривога у іноземних студентів-медиків в умовах пандемії COVID-19 / В. М. Сінайко, Л. Д. Коровіна, Т. М. Радченко // Psychological journal. 2020. Vol. 6, Iss. 6. С. 49-56.
36. Скорик, Т. В. Профілактика синдрому «професійного вигорання» соціальних працівників як необхідна умова професійної готовності/ Т.В. 55 Скорик // Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. Психолого-педагогічні науки. 2011. №3. с. 98–100.
37. Фрейд З. Введення до психоаналізу. Лекції. Пер.з нім. П.Таращук. К: Основи, 1998. 709 с.
38. Фрейд З. Гальмування, симптом і тривога // Зібрання творів. 1940–1942, Т. 14, 35 с.
39. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с 53.
40. Шелков В.Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. Український медичний часопис. 2009. № 2 (70)ІІІІ. 2009. с. 57–59.