

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»**
Центр заочного та дистанційного навчання
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота магістерський дослідницький проект

053«Психологія»

на тему:

**ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
ТА МЕТОДИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ**

Виконала: здобувач 2 курсу
заочного відділення магістратури
галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові
науки», спеціальність 053 «Психологія»
Щерба Юлія Михайлівна
Керівник: доцент кафедри психології,
канд. психол. н., доц. Лісовенко А.Ф.
Рецензент: доцент кафедри, канд. юрид.
наук, доц. Корнута Л.М.

Одеса – 2024

АНОТАЦІЯ

Щерба Юлія Михайлівна Професійне вигорання медичних працівників та методи його подолання. Кваліфікаційна робота – магістерський дослідницький проєкт на здобуття освітнього рівня «магістр», галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки», спеціальність 053 «Психологія». Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2024.

Шляхом теоретико-методологічного аналізу наукових досліджень встановлено, що професійне вигорання у лікарів – це реакція на інтенсивний чи довготривалий стрес, пов'язаний з роботою, який веде до емоційного віддалення від пацієнта, негуманного відношення та зниження якості роботи. Саме емоційне, когнітивне та фізичне виснаження, як наслідок довготривалого перебування у стресі, є головним чинником професійного вигорання у лікарів. Здійснено кількісну і якісну обробку даних. Шляхом кількісного (кореляційного) аналізу встановлено наявність значущих взаємозв'язків різного знаку між показниками професійного вигорання та професійної дезадаптації, показниками ворожості, ірраціональних установок, показників стресу і депресії. Проведено якісний аналіз виділених груп. Групі осіб з максимальним професійним вигоранням властиві: загальна професійна дезадаптація, відчуття втоми, зміни у соціальній взаємодії, зниження загальної активності, соматовегетативні порушення, зниження мотивації до діяльності. Характерне значне підвищення ворожості, цинізму і агресії. Серед ірраціональних упереджень в цій групі лікарів найбільш виражені: низька фрустраційна толерантність, обов'язок щодо себе, оціночна залежність. Вони не можуть терпіти, коли щось не так, як запланували; мають завищені вимоги до себе, схильні брати надмірну відповідальність за інших; їхня самооцінка цілком залежить від того, як їх оцінюють інші (колеги, пацієнти). Лікарі з професійним вигоранням часто виявляють агресивність до оточуючих, особистісну тривожність, не стресостійкі та часто депресивні. Розроблено тренінгову програму профілактики і корекції професійного вигорання у медиків.

ABSTRACT

Shcherba Yuliya Mykhailivna Professional burnout of medical workers and methods of overcoming it. Qualification work - master's research project for obtaining the educational level "master", field of knowledge: 05 "Social and behavioral sciences", specialty 053 "Psychology". National University "Odesa Law Academy". Odesa, 2024.

Through theoretical and methodological analysis of scientific research, it was established that professional burnout in doctors is a reaction to intense or long-term stress associated with work, which leads to emotional distancing from the patient, inhumane attitude and a decrease in the quality of work. It is emotional, cognitive and physical exhaustion, as a result of long-term stress, that is the main factor in professional burnout in doctors. Quantitative and qualitative data processing was carried out. By means of quantitative (correlation) analysis, it was established that there are significant relationships of different signs between indicators of professional burnout and professional maladaptation, indicators of hostility, irrational attitudes, indicators of stress and depression. A qualitative analysis of the selected groups was conducted. The group of people with maximum professional burnout is characterized by: general professional maladaptation, feeling of fatigue, changes in social interaction, decreased general activity, somatovegetative disorders, decreased motivation for activity. A significant increase in hostility, cynicism and aggression is characteristic. Among the irrational prejudices in this group of doctors, the most pronounced are: low frustration tolerance, duty to oneself, evaluative dependence. They can't stand it when things don't go as planned; they have excessive demands on themselves, tend to take excessive responsibility for others; their self-esteem depends entirely on how others (colleagues, patients) evaluate them. Doctors with professional burnout often show aggressiveness towards others, personal anxiety, are not stress-resistant and often depressed. A training program for the prevention and correction of professional burnout among doctors has been developed.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ І. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	13
1.1. Загальна організація та етапи емпіричного дослідження.....	13
1.2. Обґрунтування методів та методик дослідження.....	14
РОЗДІЛ ІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	22
2.1. Аналіз результатів дослідження професійного вигорання медичних працівників.....	22
2.2. Тренінг з профілактики професійного вигорання медичних працівників	32
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	51

ВСТУП

Актуальність. Емоційне вигорання – це соціально-психологічне явище, яке негативно впливає на всі сфери життя та стає масовим. Проблема вигорання веде до зниження якості професійної діяльності, погіршення самопочуття та фізичного здоров'я. Високі ризики професійного вигорання мають медичні працівники, як представники професії з підвищеною емоційною напругою, великою кількістю міжособистісних контактів та високою мірою відповідальності.

Професійне вигорання у медичних працівників проявляється в психоемоційному виснаженні, під яким мається на увазі вичерпання життєвих ресурсів, втрата здібності до емпатії, пасивність, беземоційність, відчуження та редукція особистих досягнень. Під час воєнних дій, стихійних лих, затяжних епідемій, психо-емоційний стан медиків стає особливо гострим питанням. Адже до описаних чинників професійного вигорання додається загроза життю, робота в небезпечних умовах, необхідність прийняття швидких та ризикованих рішень. А також таке поняття, як бойовий стрес чи бойова втома, які виникають у медиків незалежно від їхнього місцезнаходження.

Загострення професійного вигорання у медичних працівників, як масового явища, веде до реальних небезпечних наслідків. Психоемоційне виснаження лікарів знижує якість медичної допомоги для населення, веде до втрати працездатності, збільшення ризику невірних рішень та лікарських помилок, а також має високу ступень небезпеки як для самих медичних працівників, так і для пацієнтів. Саме тому ця проблема наразі є дійсно гострою і актуальною.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

У 1936 Ганс Сельє, канадський ендокринолог та фізіолог, первинно розглядав поняття стресу як суто фізичне явище. За його визначенням, стрес (англ. stress – напруга) це стан організму в ситуації життєвої небезпеки. Тобто, це неспецифічна реакція організму на будь яку пред'явлену вимогу або вплив. Але вчений пішов далі, поширивши поняття стресу на психологічні реакції та явища.

За зауваженням Г. Сельє, стрес – поняття абстрактне, та веде до різноманітних змін, як в організмі (фізіологічний стрес), так і в психіці людини (психологічний стрес). Через те, що первинно деякі різновиди стресу виникали через механізми адаптації, стало зрозуміло, що певні реакції напруги та стресу необхідні. Це показало необхідність розділення психологічного стресу на емоційний (межа напруги, за якою емоції заважають діяльності та ведуть до руйнувань) та операціональний (оптимальний рівень напруги, що потрібен для діяльності) [65].

Говорячи про професійне вигорання, Ганс Сельє визначав це поняття, як дістрес. Тобто стрес, з яким організм людини не може впоратись і який призводить як до фізіологічної, так і до психологічної напруги, які призводять до виснаження. Згодом, поняття вигорання досліджувалось вченими сучасності з різних сторін. Надавалися різноманітні визначення цього явища: burn-out, staff burnout, професійне вигорання, емоційне вигорання, психічне вигорання, синдром емоційного або професійного вигорання. Та всі визначення зосереджуються на станах фізичного, розумового та емоційного виснаження в результаті довгострокового впливу різних видів стресу на індивіда [65].

Вперше термін “вигорання” (burn-out – від анг. припинення горіння) запропонував американський психолог Х. Дж. Фрейденберг в 1974 р. для опису розчарування в своїй професійній діяльності в співробітників психіатричних лікарень. Було встановлено, що чим довше вони працюють в психіатричній установі, тим менш успішними себе відчують, отримують менше задоволення від спілкування з пацієнтами та колегами та стають менш чуйними. Поняття “вигорання” за Фрейденбергом – це зниження активності, згасання мотивації та зацікавлення в роботі [60].

Роботи американських дослідників К. Маслач та С. Джексон (1981р) займають центральне місце у розвитку поняття вигорання, як наукової концепції. Згідно їх моделі, вигорання – це реакція на стрес, який пов’язаний з роботою та веде до емоційного віддалення від пацієнта, негуманного відношення та зниження

якості роботи. Згідно визначення К. Маслач та С.Джексона, емоційне виснаження, цинізм, негативне відношення до клієнтів найчастіше з'являються у співробітників, які працюють в системі “людина-людина”, у людей допомагаючих професій, які змушені проводити багато часу у взаємодії з іншими людьми. К. Маслач та С. Джексон виділили трикомпонентну модель вигорання, яка складається з: емоційне виснаження, деперсоналізація (знеособлення людини), редукція (знецінення себе та особистих досягнень) [62].

У 1988 році Алая Пайнс і Елліот Аронсон розробили однофакторну модель вигорання, згідно з якою виснаження – це головна причина розвитку вигорання. Саме емоційне, когнітивне та фізичне виснаження, як наслідок довготривалого перебування у стресових навантаженнях є головним чинником. Решта проявів поведінки та самовідчуття – вважаються згідно однофакторної моделі, як наслідки.

Пізніше, у 1994 році, науковці Д. Дірендонк, В. Шауфел та Х. Сіксма склали двофакторну модель вигорання. Згідно цієї моделі, перший фактор, емоційне виснаження, отримало назву “афективний компонент”, що проявляється у погіршенні здоров'я, поганому самопочутті, нервовій напрузі. Другий “установчий” компонент – деперсоналізація, розвивається через фрустрацію, тобто не співпадіння між професійними очікуваннями та вимогами. І як наслідок, веде до погіршення взаємодії з колегами, пацієнтами або з собою [63].

Чотирифакторна модель (Б. Парман, Е. Хартман), окрім емоційного виснаження, розділяє деперсоналізацію професійної діяльності та її суб'єктів, а також редукцію особистих професійних досягнень. Ці чотири компоненти, згідно дослідженням, тлумачаться як фізичний та психологічний дискомфорт.

Американський професор школи догляду при Університеті штату Невада Ф. Сторлі проводила дослідження феномену вигорання у медсестер кардіології. Вона зробила висновок, що емоційне вигорання є результатом боротьби з реальністю. Коли людська психіка виснажується через боротьбу з обставинами, які не є під її контролем або які складно змінити. В результаті формується “професіональний

аутизм”. Тобто робота виконується механічно. Немає емоційного та творчого підкріплення, а значить, не приносить задоволення та приводить до втрати сенсів.

Моделі емоційного вигорання відрізняються одна від одної залежно від розуміння динаміки цього феномену. Одні науковці розглядають вигорання як стан. Інші дослідники ставляться до цього явища, як до процесу.

Американський психолог Дж. Грінберг розглядав вигорання саме як процес, який прогресує за певними етапами. Згідно з його теорією, вигорання проходить п'ять ступенів:

- “медовий місяць”, стан підвищеного ентузіазму та задоволення роботою. На цьому етапі спостерігається високий рівень мотивації, який з часом знижується через певні робочі процеси.

- “нестача палива”, на цьому етапі спостерігаються соматичні зміни, втома, апатія, порушення сну. Без додаткової мотивації губиться інтерес до діяльності, відбувається дистанціювання, порушення трудової дисципліни. Продовження діяльності відбувається за рахунок внутрішнього ресурсу, на шкоду здоров'ю.

- “хронічні симптоми”, приводить до змін у відносинах з оточуючими та з собою. З'являється роздратованість, агресія, відчуття пригніченості та загубленості. Цей етап може супроводжуватися ризиками захворювань.

- “кризис”, це етап, на якому може бути втрачена працездатність через хронічні хвороби або психічні зміни.

- “пробивання стіни”, гостра форма фізичних та психічних проблем, яка може призвести до небезпечних захворювань та станів. Людина повністю позбавляється позитивних емоцій, інтересу до роботи і спілкування з оточуючими.

Дослідженням професійного вигорання та розробкою шляхів і рекомендацій для профілактики займалися такі вітчизняні вчені: С. Максименко, Л. Карамушка, А. Кочарян, О. Кокотова, Г. Гнускіна, В. Бойко, В. Винокур, Л. Юрьєва, Н. Водоп'янова, Т. Скорик, Н. Пшук, М. Продан, Б.Федак та інші.

На думку Н. Водоп'янової, вигорання є негативною реакцією на робочі стреси, що охоплює психологічні, психофізіологічні та поведінкові аспекти (Водоп'янова Н, 2017, с. 88). Л. Юрьєва вважає, що емоційне вигорання являє собою системне явище, яке складається з чотирьох рівнів: емоційного, когнітивного, поведінкового та соматичного [57, с. 79-82].

З точки зору В. Бойка, вигорання виступає як механізм психологічного захисту особистості, який проявляється у вигляді часткового або повного виключення емоцій у відповідь на психотравмуючі фактори [5, с.12]. М. Поташник зазначає, що емоційне вигорання виникає внаслідок тривалої стресової ситуації, що розвивається на фоні хронічного психічного перенапруження, і призводить до виснаження емоційно-енергетичних ресурсів людини, яка працює в сфері спілкування [36].

Т.В. Скорик описує вигорання як складний багатовимірний конструкт, що є тривалою стресовою реакцією, яка виникає під впливом монотонних нервово-психічних навантажень у професіях, пов'язаних з міжособистісним спілкуванням. Це явище супроводжується емоційною насиченістю та когнітивною складністю і може проявлятися як захисна реакція у формі часткового або повного виключення емоцій. Вигорання може мати як позитивні (творче "горіння"), так і негативні (виснаження, дистрес, дезадаптація) наслідки [50, с.99]. В цьому сенсі цікаво звернути увагу на закон, який установили психологи Роберт Йеркс та Джон Додсон ще в 1908 році. Згідно їх теорії, найкращі результати досягаються при мотивації середньої інтенсивності. Науковці стверджували, що існує певна межа мотивації, за якої подальше її збільшення веде до погіршення результатів.

Можна виділити три основні фактори, які стають причиною розвитку професійного вигорання у медичних працівників: соціальний, виробничий та особистий. До соціального фактору можна віднести загальні особливості медичної галузі: недостатнє фінансування, низьку матеріально-технічну базу, недостатню оплату праці. Також, до цього фактору відносяться економічні та соціальні зміни,

автоматизація та модернізація професії та суспільства, висока конкуренція професії, зростаючі вимоги до професійних якостей та трудових ресурсів. Окрім цього – специфіки професії, такі як етичні правила та норми, збереження лікарської таємниці, конфліктні ситуації, які впливають на особистість та потребують ризикованих рішень.

Виробничий фактор пов'язаний з місцем роботи. Професійному вигоранню сприяють неякісно побудовані процеси всередині медичної установи, відсутність моральної підтримки та компромісів, постійні конфлікти, погано налагоджена комунікація між працівниками, а також між співробітниками та керівництвом. Не розуміння напрямку руху та розвитку установи, відсутність інформованості щодо змін та новин установи, наявність корумпованих процесів в медичній установі. Відсутність корпоративної культури, “психотерор” замість налагодження сприятливої комфортної атмосфери в колективі, неспівпадіння цінностей співробітника та керівництва. Даний фактор має свій початок та основний чинник в менеджменті медичної установи.

Особистісний фактор, який веде до професійного вигорання – це безпосередньо особисті риси людини, її характер, схильності, упередження та психічні особливості. Адже одна й та сама ситуація двома різними людьми буде сприйматися по-різному. І те, які саме реакції виникають або які думки та способи поведінки обирає людина, веде або не веде до професійного вигорання.

За терміном Фрейденберга, “використаними сірниками” можуть мати ризик стати люди, які [60]:

- інтроверти, замкнуті люди, які довго та на одинці переживають свої почуття;
- трудоголіки, які не мають інших захоплень та сенсів, окрім роботи;
- фанати та ідеалісти, які занадто емоційно залучені до своєї справи;
- м'які та добрі, з розмитими особистими кордонами, схильні до самопожертви;
- люди, які мають надто жорсткі особисті кордони, які не вміють вибудовувати теплі особисті відносини, не підпускають близько до себе;

- жертви, що приносять себе в жертву роботі, пацієнтам, родичам, суспільству;
- люди з руйнівальними упередженнями та установками, схильні до катастрофізації, підвищеного зобов'язання, знецінення себе;
- люди-досягатори, які не вміють розраховувати сили та ставлять недосяжні цілі;
- люди з низькою самооцінкою, котрі не відчують своєї цінності без діяльності.

До вигорання також може призводити низька стійкість до негативної сторони медичної професії: болю, страждання, невиліковних хвороб, смерті. Окрім цього, відсутність внутрішніх опор, постійне очікування на схвалення та визнання. Процес професійного вигорання – це тривалий процес, який розвивається повільно та пов'язаний з постійним безперервним стресом та витратою енергії. Вигорання проявляється в зміні відчуттів, реакцій, поведінці, самопочутті, здоров'ї, поступово приводячи до особистісних змін та руйнувань, які без психіатричної допомоги людина подолати не в змозі. Важлива особливість процесу вигорання полягає саме в його поступовості та тривалості. Саме тому вкрай важливо керівництву медичного закладу та самим працівникам знати перші симптоми вигорання, вміти відстежувати їх появи, бути знайомими з профілактикою вигорання та мати якісну комунікацію між собою.

Мета дослідження: здійснити психологічне дослідження професійного вигорання медичних працівників.

Завдання:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз досліджень, спрямованих на вивчення різних аспектів професійного вигорання;
2. Розробити програму, обґрунтувати комплекс методів і методик, відповідних меті та завданням дослідження;
3. Емпірично дослідити, здійснити статистичну (кількісну) і якісну обробку даних;
4. Проаналізувати результати дослідження індивідуально-психологічної специфіки станів професійного вигорання у лікарів;

5. Розробити тренінгову програму профілактики і корекції професійного вигоряння у медиків.

Об'єкт: Професійне вигоряння як психологічний феномен.

Предмет: професійне вигоряння медичних працівників та способи його подолання.

Методологія дослідження націлена на вирішення поставленої мети та завдання. Вона включає методи аналізу первинних джерел (в процесі роботи над вступом та рекомендаціями); системний та структурно-функціональний методи (в процесі організації та проведення емпіричного дослідження); опитування за допомогою наступних методик: 1. Тест емоційного вигоряння К. Масlach та С. Джексона; 2. Опитувальник оцінки рівня психологічної, фізіологічної і професійної дезадаптації О.Н. Родіної; 3. Опитувальник за шкалою ворожості У. Кука та Д.М. Медлей; 4. Опитувальник діагностики ірраціональних упереджень А. Елліса; 5. Тестування на рівень стресу та депресії. Методика Ч.Д. Спілберга – О.М.Радюка (в процесі формування методів вивчення та проведення емпірико-аналітичного дослідження); методи математичної статистики: кореляційний аналіз

Спірмена та Т-критерій Стьюдента із застосуванням програми SPSS- 21 (для обробки та інтерпретації результатів); графічний та табличний методи (в ході унаочнення результатів дослідження); методи аналізу, синтезу, дедукції та індукції (при оцінці результатів дослідження); методи узагальнення та абстрагування (у висновках). Емпіричне досліджування проводилося на базі приватного медичного закладу Into-Sana в м. Одеса. В емпіричному дослідженні взяли участь 40 медичних працівників різної статі, віку (з 25 до 60 років) та посади.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці психологічних рекомендацій і тренінгової програми з профілактики та корекції професійного вигоряння медичних працівників.

Структура та обсяг роботи включає 50 сторінок основного тексту, загальний обсяг 57 сторінок, 4 таблиці, 4 діаграми, 65 використаних джерел.

РОЗДІЛ І

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Загальна організація та етапи емпіричного дослідження

Будь-яке наукове дослідження складається з кількох ключових етапів, на кожному з яких вирішуються специфічні завдання. Дослідники виділяють такі основні етапи: початкове формулювання теми, проблеми, мети, гіпотези та завдань; теоретичний аналіз існуючої інформації як сучасної, так і історичної; організація емпіричного дослідження; оформлення отриманих результатів та остаточне уточнення теми, проблеми, мети, об'єкта і завдань дослідження; розробка науково-методичних рекомендацій та впровадження результатів у психологічну практику.

У нашому випадку теоретико-емпірична робота проводилася протягом початку 2024 року і включала три етапи. Перший етап (вересень 2024 року) передбачав теоретичний аналіз проблеми на основі психологічної літератури, створення програми дослідження та визначення діагностичного комплексу.

На другому етапі (жовтень 2024 року) відбулося тестування респондентів, метою якого було визначення рівня професійного вигорання лікарів та супутніх характеристик. Після цього було проведено кількісну і якісну обробку результатів. У тестуванні взяли участь 40 медичних працівників приватного медичного закладу Into-Sana в м. Одесі. Отримані дані підлягали статистичному аналізу з подальшою якісною інтерпретацією та узагальненням. Важливо зазначити, що незалежно від рівня математичної обробки даних, кореляції самі по собі є лише відображенням емпіричних залежностей і не виявляють причинно-наслідкові залежності. Їх значення для характеристики глибинних процесів і зв'язків може бути зрозумілим лише за умови відповідного теоретичного осмислення. Емпіричне психологічне дослідження та обробка його результатів у вигляді узагальнень і класифікацій є

основними інструментами формування та розвитку наукового психологічного знання на емпіричному етапі. Якісний аналіз передбачав побудову порівняльних діаграм двох груп досліджуваних: з максимальним та з мінімальним професійним вигоранням, а також опис на основі цього психологічних характеристик представників обох груп.

Третій етап (листопад 2024 року) включав розробку вправ і рекомендацій для психотренінгу з профілактики професійного вигорання медичних працівників.

Таким чином, для вивчення особливостей професійного вигорання медичних працівників було застосовано алгоритм емпіричного дослідження, що складався з трьох етапів: на першому етапі проведено теоретичний аналіз проблеми на основі психологічної літератури, створено програму дослідження та визначено діагностичний комплекс; на другому етапі проведено тестування респондентів для вивчення професійного вигорання; на третьому етапі розроблено рекомендації щодо профілактики та корекції професійного вигорання медичних працівників. Вибірка респондентів складалася з 40 медичних працівників різного віку, статі та посад.

1.2. Обґрунтування методів та методик дослідження

З метою якісної та кількісної діагностики рівня професійного вигорання медичних працівників було підібрано методики таким чином, щоб оцінити особливості досліджуваних з професійної та особистісної сторін. Також важливим чинником при підборі методик було дослідження змін емоційного стану, які свідчать про наявність професійного вигорання та в комплексі показують ступінь цих процесів. За допомогою підібраних методик оцінювалися такі показники, як: емоційне виснаження, деперсоналізація, професійна дезадаптація, психосоматичні зміни, мотивація, ворожість, схильність до ірраціональних установок, стресостійкість, самооцінка, ступінь проживання стресу та схильність індивіда до депресії та тривоги.

Емпіричне досліджування проводилося на базі приватного медичного закладу Into-Sana в м. Одеса. В емпіричному дослідженні взяли участь 40 медичних працівників різної статі, віку та посади. Тестування проводилось онлайн. Програма дослідження включила в себе наступні методики: 1. Тест емоційного вигоряння К. Масlach та С. Джексона; 2. Опитувальник оцінки рівня психологічної, фізіологічної і професійної дезадаптації О.Н. Родіної; 3. Опитувальник за шкалою ворожості У. Кука та Д.М. Медлей; 4. Опитувальник діагностики ірраціональних упереджень А. Елліса; 5. Тестування на рівень стресу та депресії. Методика Ч.Д. Спілберга – О.М.Радюка.

В процесі вивчення професійного вигорання лікарів було використано систему теоретичних та практичних методів дослідження, що включала методи аналізу первинних джерел; системний та структурно-функціональний методи; методи математичної статистики: кореляційний аналіз та Т-критерій Ст'юдента із застосуванням програми SPSS- 21 (для обробки та інтерпретації результатів); графічний та табличний методи (в ході унаочнення результатів дослідження); методи аналізу, синтезу, дедукції та індукції (при оцінці результатів дослідження); методи узагальнення та абстрагування (при формулюванні висновків).

Для проведення емпіричного дослідження професійного вигорання медичних працівників було розроблено діагностичний комплекс в який включено:

Методика 1. Тест емоційного вигоряння К. Масlach та С. Джексона з метою визначення наявності та ступеня емоційного вигоряння лікарів.

Даний опитувальник містить 22 питання та дозволяє виявити наявність емоційного вигорання по трьом шкалам: - емоційне виснаження, - деперсоналізація/цинізм, - професійна успішність (редукція особистих досягнень)

Ці три чинники дозволяють побачити попередню картину емоційного стану досліджуваного.

Емоційне виснаження – це зниження емоційного тону, втрата цікавості та позитивних відчуттів до діяльності та пацієнтів, відчуття пересиченості від

роботи. Також цей показник свідчить про психічну виснажливість та нездатність витримувати сильні емоції, як негативні, так і позитивні.

Деперсоналізація проявляється в формальному виконанні професійних обов'язків без особистого емоційного включення, втрати емпатії та байдужості, роздратованості та негативізму. В медичних працівників деперсоналізація часто проявляється в цинізмі до колег та пацієнтів. Це виявляється в поведінці як "чорний гумор", зарозумілість, використання специфічних тверджень, висновків, сленгу та ярликів.

Чим більший показник по цим двом шкалам, тим більший рівень професійно-емоційного вигорання у досліджуваного.

Третя шкала професійної успішності або редукції професіональних досягнень показує оцінювання себе, своєї діяльності та можливостей професійного розвитку. Питання, які відповідають цій шкалі побудовані таким чином, що менша сума балів показує зниження мотивації, нарощення байдужості та негативної оцінки себе, своєї компетентності та професіоналізму. Це може проявлятися в перекладанні своїх обов'язків на інших, уникненні відповідальності, в ізоляції від оточуючи, емоційної відстороненості та уникнення роботи, спочатку психологічно, а потім фізично. Високий показник по цій шкалі навпаки показує високу емоційну залученість та вмотивованість, позитивну оцінку себе та своїх професійних якостей та віру у розвиток у майбутньому. Високий показник по шкалі редукції свідчить про особистісні якості та емоційно-психічні процеси, які позитивно впливають на стабільність особистості та зниження ризиків професійно-емоційного вигорання.

Відповідно до ключа тесту підраховується сума балів за кожною шкалою, аналізується та робляться висновки за рівнями показників вигорання. А для оцінки загального ступеню вигорання проводиться підрахунок по інтегральному показнику. Результат порівнюється з тестовими нормами для інтегрального показника вигорання.

Тест на вигорання К.Масlach та С.Джексон цікавий тим, що важливо дивитись та аналізувати кожную шкалу окремо та результат загалом. Адже в досліджуваного можуть бути високі показники по всім трьом шкалам, та особливість третьої шкали може знизити загальний результат.

Методика 2. Опитувальник оцінки рівня психологічної, фізіологічної і професійної дезадаптації О.Н. Родіної

Даний опитувальник дає змогу оцінити ознаки психофізіологічної професійної дезадаптації. Анкета містить 64 твердження з якими погоджується або не погоджується досліджений. Твердження побудовані таким чином, що відповіді на них окрім ступеня емоційних зрушень, зниження мотивації та особливостей соціальної взаємодії, результати показують наявність проявів вигорання на фізичному рівні. А саме соматовегетативні зміни, погіршення самопочуття, порушення сну, ризику початку фізичних захворювань.

Результати оцінюються за п'ятьма шкалами:

1. Погіршення самопочуття: - емоційні порушення, - особливості окремих психічних процесів, - зниження загальної активності, - відчуття втоми
2. Соматовегетативні порушення
3. Порушення сну
4. Особливості соціальної взаємодії
5. Зниження мотивації до діяльності

По цим критеріям оцінюється ступень дезадаптації у досліджуваних. Високі показники по наведеним шкалам можуть мати небезпечні наслідки, такі як зниження продуктивності праці лікарів та її якості, підвищення ризиків прийняття невірних рішень, аварійності та травматизму, лікарських помилок, смертельних випадків. Також підраховується загальний результат, який показує рівень психопрофесійної дезадаптації.

Слід зазначити, що ступень адаптації або дезадаптації не є сталим. На стан професійної адаптації людини впливають багато факторів, такі як зміна керівника,

переведення на нову посаду, введення нової технології. А також зміна потреб, можливостей, цінностей та цілей людини особисто, які можуть внести серйозні зміни в психопрофесійне проявлення працівника. Тому з точки зору керівництва медичних установ, проведення діагностики професійної дезадаптації для лікарів має підвищену важливість.

Методика 3. Опитувальник за шкалою ворожості У. Кука та Д.М. Медлей.

Для оцінки ступеня емоційно-професійного вигорання була обрана шкала ворожості Кука-Медлей, як методика, яка досліджує такий важливий компонент картини особистості, як схильність до ворожості та агресії.

Ця анкета містить 27 тверджень, на які досліджуваний має поставити ступень своєї згоди. Відповіді аналізуються, відповідно до ключа, за трьома шкалами: 1. Шкала цинізму, 2. Шкала агресії, 3. Шкала ворожості.

Особистість медичного працівника постійно знаходиться під впливом психотравмуючих обставин. Окрім вирішення особистого ряду проблем, медики знаходяться в колі проблем пацієнтів. Таким чином, медичні працівники несуть подвійне соціально-психологічне навантаження.

Негативні сторони медичної сфери, такі як страждання, супровід горя, необхідність оголошення невиліковних діагнозів, складні етичні аспекти, смерть пацієнтів, психологічний тиск зі сторони пацієнтів або колег приводять до постійного психологічного напруження. В свою чергу, це породжує психологічні захисні механізми, які призводять до зміни особистості, її поведінки, ворожості та навіть хронічної ненависті. Це стає прямопротилежною рисою для допомагаючи професії лікаря, від психологічного стану якого залежать здоров'я та життя пацієнтів.

В свою чергу такий прояв, як цинізм, який на перший погляд може здаватися специфічним лікарняним гумором – несе за собою порушення якості комунікації між лікарем, пацієнтами та їх родичами. В деяких випадках це може призводити

до дійсно небезпечних ситуацій. Наприклад, невиконання пацієнтом призначень лікаря або приховування важливої інформації про стан здоров'я.

Окрім цього, цинізм та агресія в комунікації лікаря з колегами – може порушувати систему медичного закладу та руйнувати важливі робочі процеси медичному закладі, навіть в кількох медичних установах. При цьому небезпека для здоров'я та життя пацієнтів несе масовий характер.

Методика 4. Опитувальник діагностики ірраціональних упереджень А. Елліса. Дана методика обрана для глибинного розкриття картини особистості досліджуваного. Опитувальник А. Елліса заснований на раціонально-емоційній психотерапії (РЕПТ). Головною ідеєю цього методу є те, що негативні емоції не з'являються в людини в наслідок тих чи інших подій. А виникають через ставлення людини до ситуації та який тип реакції вона обирає. Ця методика дозволяє виявити наявність ірраціональних упереджень, які безпосередньо впливають на вибір емоційних та поведінкових реакцій та ставлення до того, що відбувається з людиною.

Дане тестування включає в себе 50 питань, які відповідно ключу розподіляються за шістью шкалами. Чотири з яких виявляють рівень ірраціональних упереджень, в дві останні показують ступень стресостійкості та самооцінки. Низький бал говорить про наявність ірраціональної установки, високий бал показує її відсутність, лояльність до негативних подій або раціональне мислення. Шкали:

1. Катастрофізація – оцінює схильність індивіда до перебільшень негативного характеру ситуацій або явищ. Наявність цього ірраціонального переконання відображається в оцінці неприємної події як чогось вкрай катастрофічного, жахливого та загострення важливості події.

2. Повинність по відношенню до себе – вказує про завищені вимоги від себе та надвисоку відповідальність перед іншими. Схильність до цього ірраціонального переконання дуже часто виявляється у людей допомагаючих професій. Говорячи

про медичних працівників – дане упередження закладена на рівні суспільства. Вона викликає в людей завищені очікування, вони можуть наділяти медиків нереальними якостями та марно робити з лікарів “супергероїв”, що стає джерелом постійного стресу високої потужності.

3. Повинність по відношенню до інших – вказує на завищені вимоги до інших. Якщо присутнє упередження, що інші люди повинні вести себе та діяти саме так, як від них очікує індивід – це приводить до безперервного психоемоційного збудження. Лікарів такий вид упередження особливо може приводити до завищеного стресу, адже пацієнти не завжди ведуть себе відповідно очікувань та уявлень індивіда. Та на відміну від інших професій, в медичній сфері присутні істотні ризики від недотримання пацієнтами призначень та рекомендацій. Для лікарів надважливою рисою є розуміння того, що дії та рішення людей не є в зоні їх контролю.

4. Оцінка фрустраційної толерантності особистості (стресостійкість) – показує ступень розчарування від несподіваних очікувань та бажань. Іншими словами це рівень стресостійкості. Цей показник є важливим в сучасному житті, та коли мова йде про медицину, навичка стресостійкості є вирішальною.

5. Оцінювальне упередження або самооцінка – це шкала, яка дає змогу виявити схильність індивіда оцінювати себе, події або інших людей не через окремі риси, вчинки або ситуації тут і зараз, а взагалі та в цілому. Це приводить до ірраціонального сприйняття реальності. А якщо мова йде про оцінювання себе – негативна оцінка та її узагальнення веде до зниження самооцінки. Як наслідок, зниження якості мислення, а значить праці.

6. Оцінка ступеню раціонального мислення – шкала, яка підраховує загальну кількість балів. Високий показник за цією шкалою показує високий рівень раціональності мислення індивіда та навпаки.

Методика 5. Тестування на рівень стресу та депресії. Методика Ч.Д. Спілбергера – О.М.Радюка.

За допомогою опитувальника Спілбергера ми отримали показники рівню стресу та проявів депресії в опитаних. Важливо те, що дане анкетування дозволяє оцінити рівень нервової напруги та депресії ситуативно, тобто в даний проміжок часу. А також отримати особистісні показники індивіда про схильність до депресії чи тривожності, як рису характеру.

Оцінка проводиться по чотирьом показникам: допитливість, агресія, тривога та депресія. З урахуванням оцінки ситуативних та особистісних показників, маємо 8 шкал: - інтенсивність допитливості (цікавість), - інтенсивність агресії, - інтенсивність тривоги, - інтенсивність депресії, - частота допитливості (допитливість), - частота агресії (агресивність), - частота тривоги (тривожність), - частота депресії (депресивність).

На підвищення рівня стресу та психоемоційної напруги вказують високі показники агресії, тривоги та депресії. Або зниження показника допитливості. Разом з тим, високі показники допитливості мають вплив на зниження стресу та стабілізації емоційного стану індивіда, навіть при досить високих показниках решти шкал.

Слід зазначити, що показник цікавості зараз та допитливості взагалі, стає чинником, який бере на себе функцію “противаги”. Високий показник допитливості та цікавості може мати суттєвий вплив на психоемоційний стан індивіда. Адже при наявності зацікавленості справою, здоровий рівень стресу може навпаки сприяти кращим результатам. Ці шкали нагадують шкалу “Професійного успіх/редукції” з опитувальника професійного вигорання К.Маслач та С.Джексон. Тож результати можуть перегукуватись.

РОЗДІЛ II. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Аналіз результатів дослідження професійного вигорання медичних працівників

Опитувальник оцінки рівня психологічної, фізіологічної і професійної дезадаптації О.Н. Родіної дає змогу оцінити ознаки психофізіологічної професійної дезадаптації лікарів, що з точки зору керівництва медичних установ, має підвищену важливість.

Почнемо аналізувати результати з кількісного (кореляційного) аналізу. Розглянемо взаємозв'язок показників професійного вигорання та професійної дезадаптації (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Значимі коефіцієнти кореляцій між показниками професійного вигорання та професійної дезадаптації

Показники професійної дезадаптації	Показники професійного вигорання			
	ЕВ	ДЦ	ПУ	ЗПВ
ЕЗ	764**		- 425**	467**
ОП	443**		- 387*	
ЗА	663**		- 513**	541**
ВВ	756**		- 400*	445**
СП	693**	349*	- 389*	510**
ПС	594**		- 414**	424**
СВ	690**		- 551**	556**
ЗМ	636**		- 398*	545**
ЗПД	787**		- 511**	577**

Примітка: 1) нулі та коми опущені; 2) позначення ** – значущість зв'язку на 1% рівні; позначення * – значущість зв'язку на 5% рівні; 3) показники

професійного вигоряння за Масlach: ЕВ – емоційне вигорання, ДЦ – деперсоналізація/цинізм, ПУ – професійна успішність, ЗПВ – загальне професійне вигоряння; 4) показники професійної дезадаптації за Родіною: ЕЗ – емоційні здвиги, ОП – особливості окремих психічних процесів, ЗА – зниження загальної активності, ВВ – відчуття втоми, СП – соматовегетативні порушення, ПС – порушення сну, СВ – особливості соціальної взаємодії, ЗМ – зниження мотивації до діяльності, ЗПД – загальна професійна дезадаптація.

У таблиці 2.1. бачимо наявність значущих взаємозв'язків різного знаку показників професійного вигорання та професійної дезадаптації. Емоційне вигорання значимо додатно корелює на 1% рівні з абсолютно усіма показниками професійної дезадаптації, а найбільше із: загальною професійною дезадаптацією, емоційними здвигами, відчуттям втоми, соматовегетативними порушеннями, особливостями соціальної взаємодії, зниженням загальної активності та мотивації до діяльності. Деперсоналізація/цинізм виявилися додатньо пов'язаними на 5% рівні з соматовегетативними порушеннями. Деперсоналізація часто проявляється як негативізм, цинізм по відношенню до оточуючих людей, веде до соціальної дезадаптації та конфліктності. Професійна успішність значимо від'ємно корелює на 1% і 5% рівні з усіма показниками професійної дезадаптації, а найбільше з: особливостями соціальної взаємодії, зниженням загальної активності, загальною професійною дезадаптацією, емоційними здвигами, порушеннями сну. Це означає, що зі зниженням саме цих показників професійної дезадаптації підвищується професійна успішність; і навпаки, підвищення значень цих показників супроводжується редукцією особистих досягнень, що веде до зниження самооцінки, негативного ставлення до себе і особистих та професійних досягнень.

Загальне професійне вигоряння супроводжується підвищенням на 1% рівні усіх показників професійної дезадаптації (окрім показника особливості окремих психічних процесів). Високі показники по наведеним шкалам можуть мати небезпечні наслідки, такі як: зниження продуктивності праці лікарів та її якості,

підвищення ризиків прийняття невірних рішень, аварійності та травматизму, лікарських помилок, смертельних випадків.

Перейдемо до якісного аналізу (порівняння виділених груп). З усієї вибірки досліджуваних (40 осіб) шляхом ранжування ми вибрали тих, у кого найбільші (17 осіб) і найменші (8 осіб) показники загального професійного вигорання. Наявність значимих відмінностей між цими групами перевірено статистично за допомогою t-критерію Стюдента (різниця показників між групами статистично значуща ($p < 0,01$)) та представлено на діаграмі 2.1.

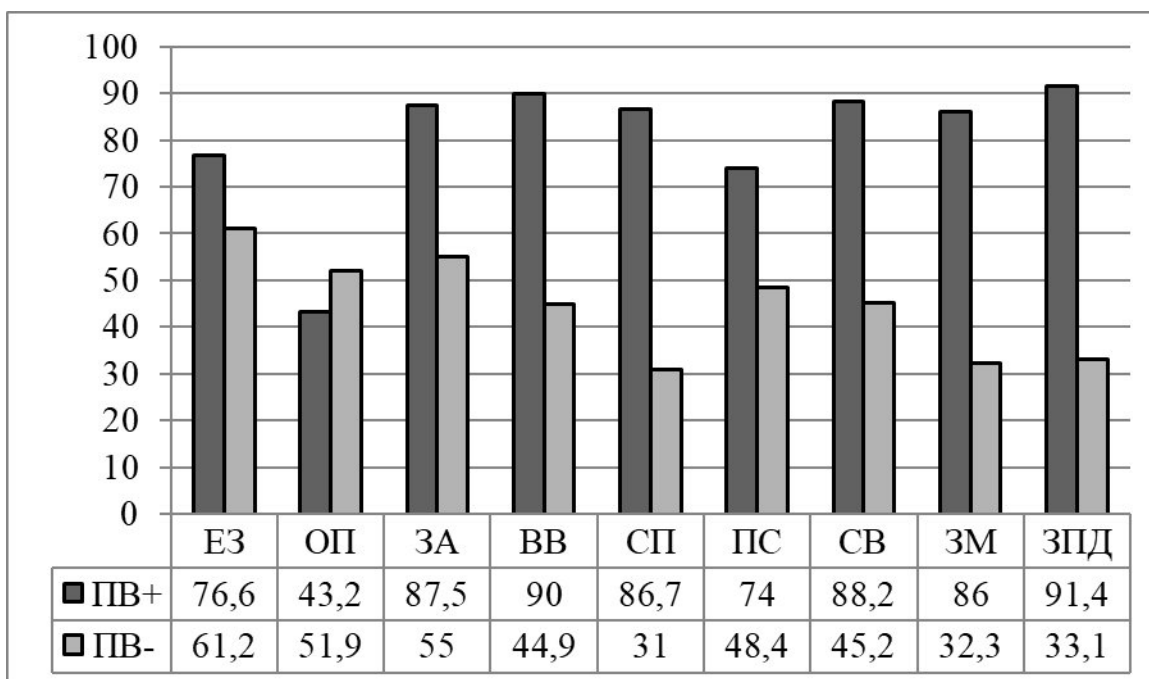


Рис. 2.1. Діаграма показників професійної дезадаптації в групах осіб з максимальним (ПВ+) та мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням.

Отже, якісний аналіз результатів показує, що всі показники професійної дезадаптації (окрім показника окремих психічних процесів) в групі осіб з максимальним (ПВ+) професійним вигоранням значно вищі, ніж в групі з мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням. Розглянемо детальніше.

У групі осіб з максимальним (ПВ+) професійним вигоранням найбільш виражені такі показники: загальна професійна дезадаптація (ЗПД+), відчуття втоми (ВВ+), зміни у соціальній взаємодії (СВ+), зниження загальної активності

(ЗА+), соматовегетативні порушення (СП+), зниження мотивації до діяльності (ЗМ+).

В групі осіб з мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням найбільш знижені значення за шкалами: соматовегетативні порушення (СП-), зниження мотивації до діяльності (ЗМ-), загальна професійна дезадаптація (ЗПД-), відчуття втоми (ВВ-), особливості соціальної взаємодії (СВ-), порушення сну (ПС-). Це означає, що такі прояви не характерні для представників цієї групи.

Далі розглянемо взаємозв'язок показників професійного вигорання та ворожості за шкалою Кука-Медлей (табл.2.2).

Таблиця 2.2

**Значимі коефіцієнти кореляцій між показниками
професійного вигорання та ворожості**

	ЕВ	ДЦ	ПУ	ЗПВ
Ц	351*	386*		400*
А			- 337*	
В	660**	317*	- 402*	578**

Примітка: 1) показники професійного вигорання за Масlach: ЕВ – емоційне вигорання, ДЦ – деперсоналізація/цинізм, ПУ – професійна успішність, ЗПВ – загальне професійне вигорання; 2) показники ворожості за шкалою Кука-Медлей: Ц – цинізм, А – агресія, В – ворожість.

Встановлено наявність значущих взаємозв'язків різного знаку показників професійного вигорання та ворожості. Емоційне вигорання та загальне професійне вигорання значимо додатно корелює на 1% рівні з ворожістю. Це означає, що зі зростанням вигорання значно зростає ворожість. Крім того, емоційне вигорання додатно значимо (на 5% рівні) пов'язано з цинізмом. Далі, показник деперсоналізація/цинізм значимо додатно корелює на 5% рівні з цинізмом і ворожістю за шкалою Кука-Медлей. Тобто, з посиленням стану відчуження від самого себе, неадекватного сприймання себе, свого «я», посилюється ворожість,

емоційна байдужість та знецінюються цінності. З редукцією професійних досягнень зростає агресивність і ворожість до інших. А зі зростанням професійної успішності знижується агресія та ворожість, про що свідчать від'ємні значимі на 5% рівні зв'язки цих показників.

Далі здійснимо якісний аналіз виділених груп за означеними показниками.

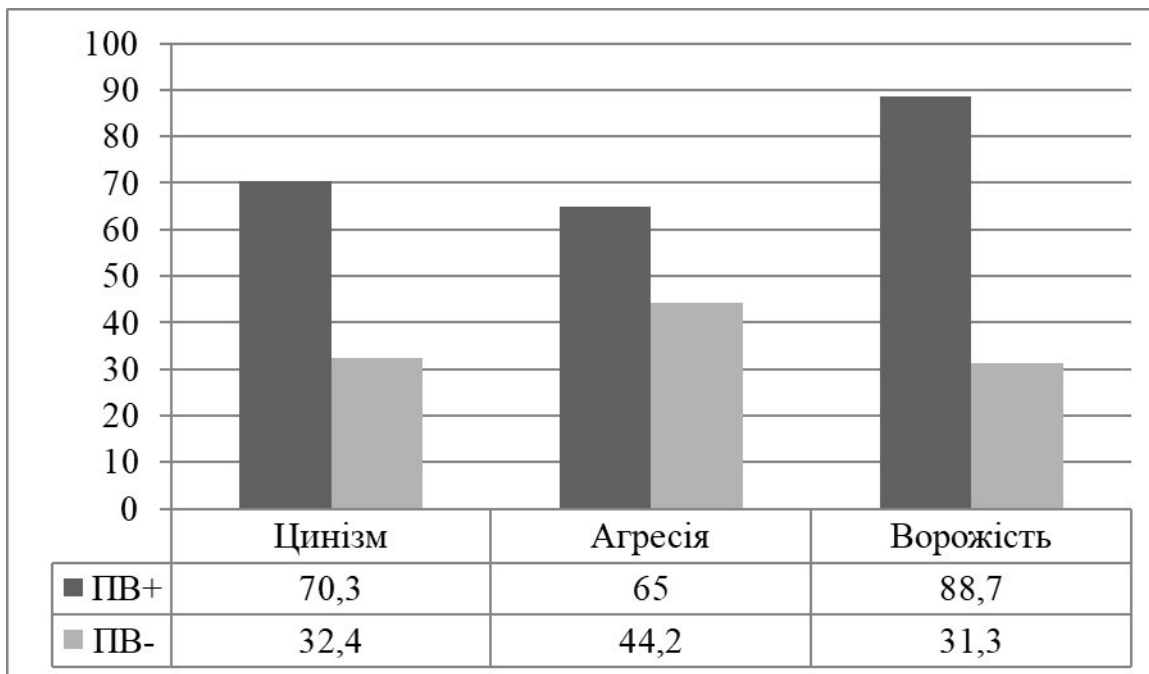


Рис. 2.2. Діаграма показників ворожості в групах осіб з максимальним (ПВ+) та мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням.

На діаграмі бачимо, що групи осіб з максимальним (ПВ+) та мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням значно відрізняються рівнем прояву показників ворожості: в групі ПВ+ ворожість, цинізм, і агресія значно вищі, ніж в групі ПВ-. Цинізм – це схильність до недовіри до мотивів інших, вбачання у всьому корисливих мотивів, загальна відсутність віри в щирість і доброту людей. Дійсно, у лікарів з професійним вигоранням можна помітити такі риси. Вони ніби то втрачають співчуття і стають холодними, агресивними і ворожими, можуть порушувати певні загальноприйняті норми.

Ворожість у професійно вигорівших лікарів виявляється у різних формах:

- 1) емоційна відстороненість, що має прояв у зменшенні емпатичності, що призводить до холодного та байдужого ставлення до пацієнтів;
- 2) агресивна поведінка, що може включати різкі зауваження, зневажливе ставлення або навіть відкриті конфлікти з колегами та пацієнтами;
- 3) зниження якості спілкування: лікарі можуть уникати спілкування або бути менш терплячими, що може сприйматися як ворожість;
- 4) цинізм, що виявляється у песимістичному погляді на професію та пацієнтів, що супроводжується саркастичними зауваженнями;
- 5) ізоляція, віддалення від колег, уникнення командної роботи та підтримки, що може створювати напружену атмосферу;
- 6) невдоволення роботою, умовами праці чи системою охорони здоров'я може сприйматися як ворожість до оточуючих;
- 7) конфліктність, труднощі у встановленні довірчих відносин із пацієнтами та колегами, що може призводити до непорозуміння.

Важливо відзначити, що ворожість може бути наслідком стресу та втоми, і розуміння цього аспекту може допомогти у пошуку шляхів вирішення проблеми вигорання.

Наступним етапом буде розгляд взаємозв'язків між показниками професійного вигорання та ірраціональних установок (табл. 2.3)

Таблиця 2.3

**Значимі коефіцієнти кореляцій між показниками
професійного вигорання та ірраціональних установок**

	ЕВ	ДЦ	ПУ	ЗПВ
К			334*	
ОС				
ОІ		- 347*		
НФТ	- 562**			- 397*

ОЗ				
РМ				

Примітка: 1) показники професійного вигорання за Масlach: ЕВ – емоційне вигорання, ДЦ – деперсоналізація/цинізм, ПУ – професійна успішність, ЗПВ – загальне професійне вигорання; 2) показники ірраціональних установок за Елісом: К – катастрофізація, ОС – обов’язок щодо себе, ОІ – обов’язок інших, НФТ – низька фрустраційна толерантність, ОЗ – оціночна залежність, РМ – раціональне мислення.

З таблиці 2.3 видно, що наявно не так багато кореляцій між означеними показниками, як передбачалось, але вони все ж є. Так, загальне професійне вигорання та емоційне вигорання зокрема, від’ємно значимо пов’язані на 1% рівні з «низькою фрустраційною толерантністю». А за конструктом тесту на ірраціональні установки чим нижчі значення показника, тим більше він проявлений. Це значить, що загальне професійне та емоційне вигорання супроводжуються сильним зниженням толерантності до фрустрацій, тобто зниженням терпимості до ситуацій, коли на шляху досягнення мети зустрічаються нездоланні перепони. А фрустрація, як загальновідомо, супроводжується агресією, ворожістю або розчаруванням.

Далі, деперсоналізація/цинізм має від’ємну значиму на 5% рівні кореляцію з ірраціональною установкою «обов’язок інших». Це означає, що зі зростанням деперсоналізації/цинізму зростає схильність лікарів вважати, що інші чимось зобов’язані чи в чомусь повинні перед ними, що супроводжується завищеними вимогами до інших (колег, пацієнтів), агресивністю, схильністю ображатися та звинувачувати. Показник «професійна успішність» значимо додатно корелює на 5% рівні з показником «катастрофізація». Із врахуванням теоретичних конструктів методик, це означає, що з підвищенням професійної успішності знижується схильність катастрофізувати обставини та події, що відбуваються. І навпаки, з редукцією професійних досягнень ця катастрофізація збільшується.

Далі здійснимо якісний аналіз виділених груп.

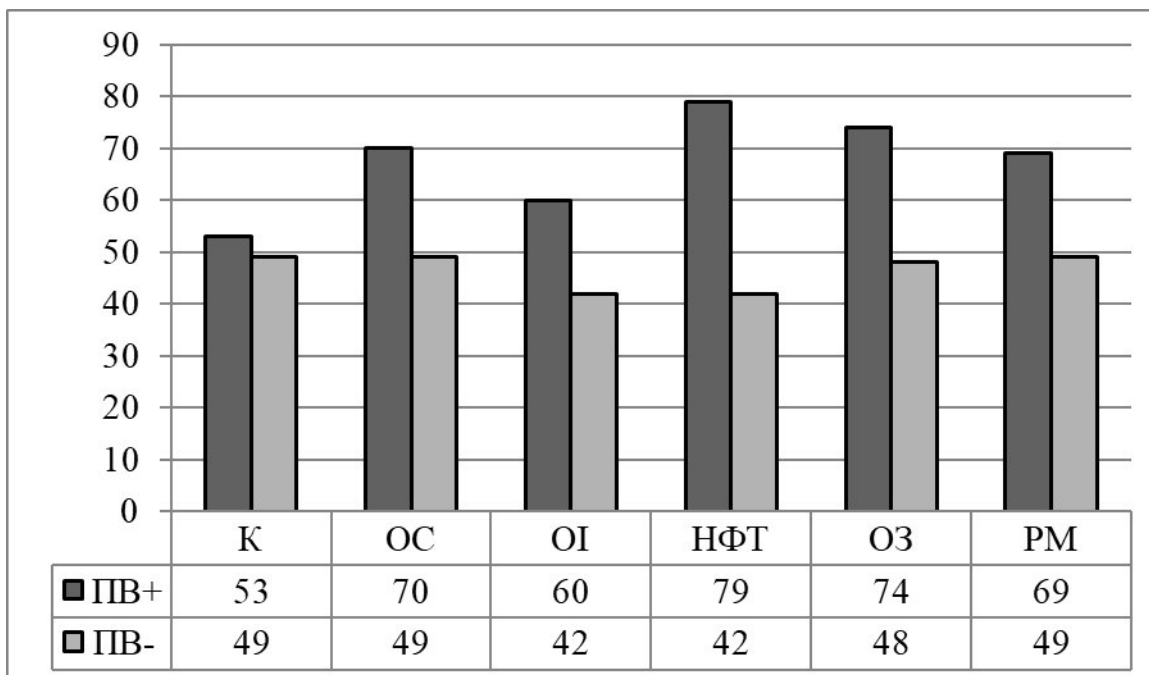


Рис. 2.3. Діаграма показників ірраціональних установок в групах осіб з максимальним (ПВ+) та мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням.

На діаграмі бачимо, що в групі лікарів з максимальним (ПВ+) професійним вигоранням найбільш виражені показники: низька фрустраційна толерантність (НФТ+), обов'язок щодо себе (ОС+), оціночна залежність (ОЗ+). Це означає, що для лікарів з вираженим професійним вигоранням характерні такі установки: що все має бути лише так, як вони собі запланували і вони в будь-що мають досягти цілі; що вони повинні щодо себе (тобто мають завищені вимоги до себе, схильні брати надмірну відповідальність за інших); що їхня самооцінка цілком залежить від того, як їх оцінюють інші (колеги, пацієнти).

У групі лікарів з мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням бачимо зниження значень за всіма ірраціональними установками, що означає раціональність мислення, яке допомагає адаптуватися та досягати значимих цілей.

І на останок, розглянемо взаємозв'язки показників професійного вигорання та показників стресу і депресії (табл.2.4).

Таблиця 2.4

**Значимі коефіцієнти кореляцій між показниками
професійного вигорання та показниками стресу і депресії**

	ЕВ	ДЦ	ПУ	ЗПВ
Щ			620**	
ІА		490**		403*
ІТ	559**		- 347*	387*
ІД	605**			381*
ЧЦ			511**	
ЧА	605**		- 534**	527**
ЧТ	482**		- 418**	403**
ЧД	636**		- 452**	370*

Примітка: 1) показники професійного вигорання за Масlach: ЕВ – емоційне вигорання, ДЦ – деперсоналізація/цинізм, ПУ – професійна успішність, ЗПВ – загальне професійне вигорання; 2) показники стресу та депресії за Спілбергером-Радюком: Щ – інтенсивність цікавості, ІА – інтенсивність агресії, ІТ – інтенсивність тривоги, ІД – інтенсивність депресії, ЧЦ – частота цікавості, ЧА – частота агресії, ЧТ – частота тривоги, ЧД – частота депресії.

З таблиці 2.4. видно, що емоційне вигорання значимо додатно корелює на 1% рівні з з показниками інтенсивність тривоги і депресії, частота агресії, тривоги і депресії. Це означає що вигорання в емоціях супроводжується зростанням схильності до означених проявів. Деперсоналізація/цинізм мають додатну значиму на 1% рівні кореляцію з інтенсивністю ситуативної агресії. Професійна успішність значимо додатно корелює на 1% рівні з з показниками інтенсивність та частота цікавості (що є профілактикою стресів) та значимо від’ємно корелює на 1% рівні з з показниками інтенсивність тривоги, частота агресії, частота тривоги, частота депресії. Це значить, що чим більше професійних досягнень, тим менше інтенсивність тривоги та частота агресії, тривоги і депресії. Також це означає, що протилежність професійної успішності, – редукція професійних досягнень,

супроводжується зростанням інтенсивності тривоги, та збільшенням частоти агресії, тривоги і депресії.

Загальне професійне вигорання значимо додатно корелює на 5% рівні з показниками інтенсивність ситуативної агресії, тривоги і депресії та частота депресії, а також на 1% рівні з агресивністю і тривожністю.

Відповідно до теоретичного конструкту тесту Спілбергера-Радюка, про наявність стресу можна судити з інтенсивності тривоги та інтенсивності агресії. Тобто, робимо висновок, що зі зростанням професійного вигорання зростає інтенсивність агресії, тривоги, а значить і стресу, зростає інтенсивність та частота депресії, а також підвищується агресивність і тривожність.

Перейдемо до якісного аналізу (рис. 2.4).

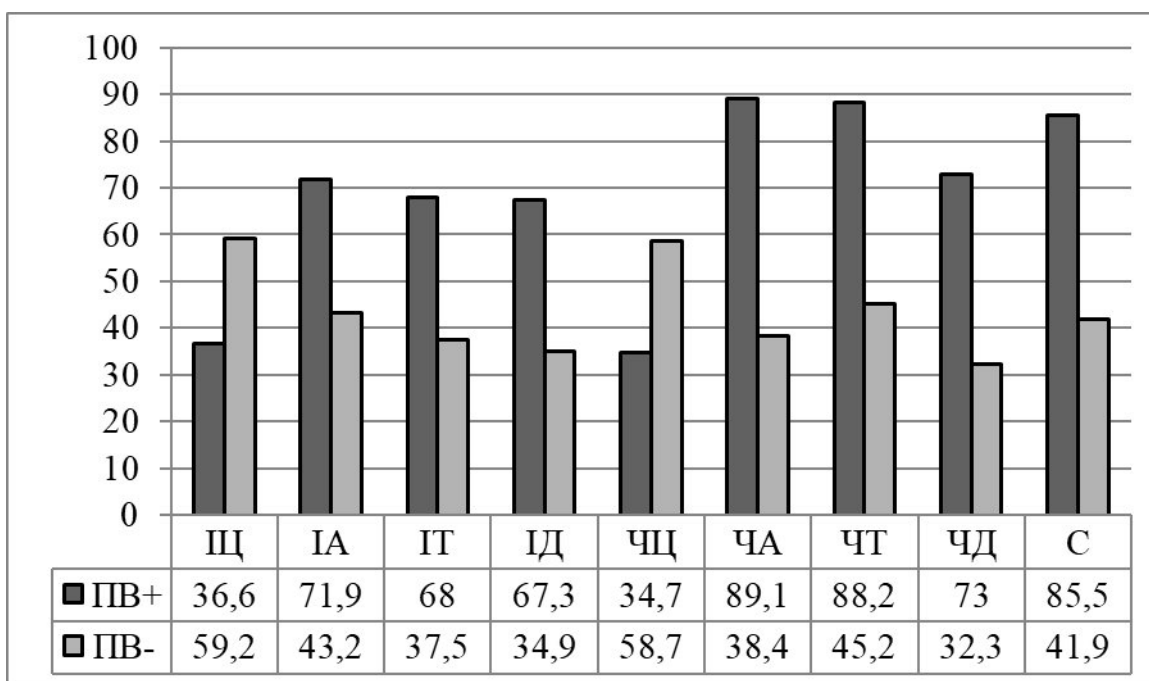


Рис. 2.4. Діаграма показників стресу і депресії в групах осіб з максимальним (ПВ+) та мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням.

На діаграмі бачимо, що в групі лікарів з максимальним (ПВ+) професійним вигоранням найбільш виражені такі показники: частота агресії (ЧА+), частота тривоги (ЧТ+), стрес (С+), частота депресії (ЧД+). Це означає, що вони часто

виявляють агресивність до оточуючих, особистісну тривожність, вони стресонестійкі та часто депресивні.

У групі лікарів з мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням найбільш проявлені показники інтенсивності та частоти цікавості (ІЦ+; ЧЦ+), та найменш проявлені показники частоти й інтенсивності депресії (ЧД-; ІД-), а також інтенсивності тривоги (ІТ-) і частоти агресії (ЧА-). Це характеризує їх як стресостійких, ініціативних та зацікавлених, не схильних до депресії, ситуативної тривоги та агресивності.

2.2. Тренінг з профілактики професійного вигорання медичних працівників

Для формування психологічних компетенцій та відпрацювання поведінкових навичок розроблено тренінг з профілактики професійного вигорання. Методи та вправи тренінгу обрані з урахуванням показників, отриманих в результаті проведеного діагностичного дослідження.

Звертаючи увагу на високу ступінь ворожості, дезадаптації, цинізму та низьку фрустраційну толерантність, в блоки тренінгу включені методи та вправи на формування навичок якісної комунікації, активного слухання, правил поведінки з токсичними людьми, виявлення ознак емоційного вигорання та вправи його подолання. В тренінгу використовуються методи міні-лекцій, групове обговорення, мозковий штурм, рольова гра, вирішення кейсу, загальногрупова гра, просмотр відео, приклади та метафори. Також використовується метод фасилітації для залучення кожного з учасників команди, фокусування на ключовому питанні, виявлення раціонального та інтуїтивного досвіду учасників, прийняття всіх ідей, можливості “вийти за рамки” та досягти поставленої мети в обмежений період часу.

Мета тренінгу: - виявити ознаки професійного вигорання та визначити, які з них проявлялися в учасників тренінгу або є в даний час; - розглянути та

відпрацювати на практиці методи та навички подолання професійного вигорання;
 - створити власний алгоритм подолання професійного вигорання.

На тренінгу присутні 15 медичних працівників колективу медичної установи м. Одеса “Into-Sana”, які пройшли діагностику на професійне вигорання медиків (далі ПВМ) та знайомі між собою. Час проведення: 1 день, з 9:00 до 18:00.

1. Блок “Знайомство. Інформаційно-мотивуюче розігрівання.”

Мета: - створити комфортне, безпечне психологічне середовище та налаштувати учасників на роботу; - виявити ознаки професійне вигорання медиків та розробити методи подолання. Час проведення: 9:00-10:30.

1.1 Зміст та методи.

Вступ. Тренер: Рада всіх вас вітати. Сьогодні ми зібрались для того, щоб обговорювати тему ПВМ, навчитися керувати своїм станом та не допускати появи вигорання.

Питання до групи:

- Хто колись в своєму житті переживав професійне чи емоційне вигорання?
- Хто, як йому здається, переживає вигорання зараз? Це нормально. Більшість людей за своє життя проходить через емоційне вигорання багато разів.
- Хто з вас працює з людьми?
- Хто вважає себе емпатійною людиною?
- Хто з вас вважає себе відповідальною людиною?
- Хто з вас вважає, що знайшов своє покликання?

Все це, що ми зараз перелічили – це фактори ризику вигорання.

Частіше до вигорання схильні люди відповідальні, які дуже люблять свою справу. Ті, хто хвилюється, хто спочатку горить своїми проектами, надихається своєю справою. Для кого робота – це велика частина життя. До поняття професійне зараз додається емоційне вигорання. Тому що цей стан може

з'являться не тільки через робочі процеси. Особливі ризики вигорання присутні там, де людина змушена вести надактивну комунікацію з іншими людьми.

Особистість – завжди первинна, та щоб з нами не відбувалось, ключове те, як ми реагуємо, які дії та думки обираємо. Поряд з цим – знаходити спільну мову з іншими особистостями та комунікувати – це мистецтво, яке може або спричиняти стрес та вести до вигорання, або ставати ресурсом та підтримкою.

Я впевнена, що ми сьогодні поділимось досвідом, “прокачаємо” нові навички та посилимо один одного.

З досвіду, на тренінгах присутні три групи людей:

- ті, хто полюбляє приймати участь в тренінгах та отримувати нові знання;
- ті, хто прийшов просто так, провести час, змінити обстановку;
- ті, хто прийшов “добровільно-примусово” на тренінг.

Усі три групи – це нормально.

Щоб створити комфортну та невимушену атмосферу, оговоримо організаційні моменти:

Час початку та закінчення, ково-брейки та обідня перерва.

Правила на час тренінгу:

1. Мобільні телефони вимкнені або переведені на беззвучний режим.
2. Коли говорить один учасник, інші слухають та не перебивають.
3. Не ставимо оцінки учасникам.
4. Творчі штрафи за недотримання часового регламенту(початок заняття, повернення з перерви, обідня перерва).
5. Активна участь у вправах, іграх, завданнях – запам'ятовуємо інформацію, практикуючи.

6. Питання до групи. Можливо щось бажаєте додати.

1.2 Практичне завдання

1.2.1 Знайомство.

На тренінгу знаходяться медичні працівники, які працюють в одному колективі та знайомі між собою.

Вправа “Я – подарунок для своєї команди”.

Мета: налаштувати учасників на позитивний лад та познайомити колег з нової цікавої сторони.

Тренер: Кожна людина – унікальна. Та вірити в свою винятковість необхідно кожному з нас. Поміркуйте, в чому полягає ваша винятковість. Уявіть, яким подарунком ваша унікальність стає для вашої команди.

Аргументуйте своє твердження. Наприклад: “ Я подарунок – книга анекдотів. Я завжди можу розповісти смішну історію зі своєї практики для своїх колег. Знайти гумористичні риси в буденних справах, посміятися над собою та розрядити обстановку”.

1.2.2 Практичне завдання.

Мета: виявлення ознак ПВМ та розробка методів подолання.

Тренер роздає кожному з учасників кольорові стікери, на яких кожен пише один або кілька ознак вигорання одним словом. Після цього стікери наліплюються на флєпчат. Тренер пропонує розподілити отримані ознаки вигорання на три кластери: втома, роздратування, апатія. Коли ознаки вигорання упорядковані на дві групи, учасники відповідають на питання стосовно кожної ознаки:

- Що на їх думку приводить до ознаки?
- Що потрібно робити по іншому, щоб заподіяти появленню ознаки?

Всі відповіді тренер записує на флєпчаті.

Висновки: В результаті учасники отримують список ознак ПВМ, чинників, які викликають ПВМ та рекомендації по подоланню ПВМ. Також, робимо висновок, що до переважній більшості, чинники, які викликають ПВМ пов’язані великою кількістю комунікації з людьми.

1.3 Приклади та метафори.

Слайд з інформацією на проекторі:

За різними джерелами від 20% до 75% медичних працівників перебувають на різних стадіях ПВМ.

Згідно з результатами опитування медичних працівників у 2024 році "Ти як? З ініціатив Олени Зеленської", більшість респондентів відчувають напруженість і втому; кожен третій залишається оптимістом. Конкретні показники: 55% відчувають напруженість, 53% - втому, 22% - розгубленість, 34% - оптимізм, 33% - доброзичливість, 16% - спокій, 15% - ентузіазм. Найбільш напруженими себе відчувають медичні працівники у віці від 51 до 65 років (58%), тоді як найменше напруженими (46%) є респонденти у віці від 19 до 35 років. На жаль, деякі медики використовують алкоголь та психоактивні речовини для подолання стресу й вигорання. На професійне вигорання впливають три ключові фактори: несприятливі умови праці, відсутність зовнішньої підтримки та особистісні риси людини. Наразі в Україні додався ще один фактор – воєнний стан. За даними МОЗ, наприкінці минулого року було пошкоджено 1468 медичних закладів, з яких 193 зруйновано повністю.

Це значно збільшує вплив стресу, понаднормовість, мультизадачність, постійний пошук рішень та обмеження ресурсу.

Східна притча “Майстер гончарної справи”.

Один майстер якось сказав учню:

- Ти вже готовий. В гончарній майстерності ти вже став майстром. Тепер відкривай власну майстерню та набирай учнів.

Учень поїхав в інше місто та став там працювати. Через деякий час він у відчаї повернувся до вчителя зі словами:

- Майстер, в мене нічого не виходить! Що я роблю не так?

Майстер заспокоїв його та сказав:

- Давай прямо зараз при мені почни робити глечик. Поки будеш робити, я подивлюсь, в чому твоя помилка.

Учень замісив глину, зробив форму, потім випал, розпис, глазур, знов опал. Глечик вийшов, але чогось в ньому бракувало.

Майстер відповів:

- Знаєш, де ти припустився помилки? Коли після першого опалу ти витягував глечик з печі, ти забув три рази здути пил та протерти його рукавицею.

Мораль: іноді секрет майстерності криється не в тому, щоб надати форми, а в тому, щоб “здути пил”, тобто в самому незначному, моменті, який на перший погляд здається другорядним.

Коментар тренера: Чим складнішу роботу ми виконуємо, тим менше уваги ми приділяємо “дрібницям”, які можуть звести нанівець усі наші зусилля та майстерність. Робота лікаря – найскладніша та найвідповідальніша. Та у спілкуванні з пацієнтами мало приділяти увагу самій медичній стороні. Надважливо знати та відчувати, як повести бесіду з пацієнтом так, щоб він почув лікаря, перебував в нормальному психологічному стані та правильно виконував призначення.

Після кава-брейку ми будемо з вами “здувати пил” та відточувати нашу майстерність комунікувати.

Кава-брейк з 10:30 – 11:00.

2. Блок про комунікацію.

Мета: сформувати навички встановлення якісної комунікації та активного слухання. Час проведення: 11:00 – 13:00.

2.1 Зміст та методи.

Міні-лекція. Тренер: В роботі лікарів та медичних працівників в цілому, окрім безпосередньо медицини, величезну частину займає комунікація з людьми. Спілкуватися доводиться постійно та з найрізноманітнішими людьми – колегами та пацієнтами. Саме на комунікацію витрачається багато емоційних сил та спричиняє постійний вплив стресу та фрустрації. Пацієнти не завжди готові чути те, що повинен донести їм лікар та знаходяться у різних емоційних станах. Разом

з тим, лікар має не тільки якісно доносити інформацію, часто важкого характеру. Але й враховувати особистісні особливості пацієнта та приймати рішення, як себе поводити в моменті.

На думку Марка Гоулстона, професора психіатрії та бізнес-консультанта, автора книги “Я відчуваю вас наскрізь. Ефективна техніка переговорів”, в момент кризи та стресу психіка людини проходить певну низку етапів. І якщо знати ці етапи, можна допомогти собі відслідковувати свій стан та швидше переходити від стану стресу до дій. Цю унікальну методику Марк Гоулстон розробив в ході роботи з перемовниками ФБР та поліції США.

Методика називається “Рух від “чорт візьми” до “згоден” і застосовується, щоб перемкнути мозок з паніки на логічне мислення. Важливо правильно описати відчуття, які ви відчуваєте:

“Черт забирай” (фаза реакції) – не заперечуйте, що ви засмучені та налякані. Замість цього ідентифікуйте свої відчуття та визнайте їх, називаючи кожне своїм ім’ям.

“Боже мій” (фаза розблокування) – фаза відновлення, яка наступить після звільнення емоцій (розслабляємось, дихаємо, заспокоюємось, встановлюємо внутрішній баланс).

“Так...” (фаза перебудови) – знижуємо рівень тривоги. Можна лаятися. Розуміємо, що нічого гарного в ситуації нема, але це можна виправляти.

“Ну добре...” (фаза перефокусування) - починаємо міркувати, як знайти вихід з ситуації.

“Згоден” (фаза переподключення) – починайте діяти.

В стресових ситуаціях стає першим той, хто може прийти до тями та почати діяти. Якісно налагодити контакт та досягти мети в комунікації може той, хто може уникнути стресових емоцій, включити раціональне мислення та швидко зорієнтуватися.

Окрім цього, ще кілька рекомендацій:

1. Перемкніть слух та відкиньте всі фільтри: стать, вік, національність, освіта, емоційність, тощо.
2. Відчуйте свого співрозмовника.
3. Будьте зацікавлені, а не цікаві.
4. Зробіть так, щоб людина відчувала, що ви її цінуєте.
5. Допомога у виході емоцій.
6. Позбавтеся від протиріч.
7. Відвертість – ваш порятунок.
8. Тримайтеся якнайдалі від отруйних людей.

Це не завжди можливо, тому це питання ми розглянемо детальніше в наступному блоку нашого тренінгу)

Зворотній зв'язок:

- Що ви відчували під час прослуховування інформації?
- Можливо ви бажаєте поділитися власними розмірковуваннями стосовно налагодження контакту з пацієнтами та колегами?

А зараз на практичній частині ми відпрацюємо навички встановлення якісної комунікації з урахуванням індивідуальних особливостей співрозмовника. А також потронуємось активно слухати та чути співрозмовника.

2.2 Практичне завдання.

2.2.1 Вправа “Сліпий, глухий, німий”.

Мета: встановлення плідного співробітництва з урахуванням індивідуальних особливостей співрозмовника.

Учасники розподіляються на трійки. Обирають собі ролі: сліпого, глухого, німого. Звідси впливає: сліпий не бачить(закриває очі), глухий не чує(вдягає навушники з гучною музикою), німий не говорить.

Учасник, який грає роль німого, отримує завдання:

1 група: Ви збираєтесь на пікнік та вам необхідно домовитись про зустріч біля центрального входу у парк “Перемоги” о 15:00.

2 група: Вас запросили на вечірку до друга. Вечірка в “гангстерському стилі”. Вам необхідно домовитись про костюми та подарунок для друга.

3 група: Ви збираєтесь у відпустку. Вам необхідно вирішити, куди ви поїдете відпочивати, та як ви туди дістанетесь.

Висновки: необхідно враховувати індивідуальні особливості партнерів по комунікації. Навчитись відчувати співрозмовника, розвивати емпатію.

Рефлексивне коло:

- що ви відчували під час гри ролі?
- що було важким при виконання вправи?
- чи було бажання порушити правила?
- як ви вважаєте, чому нас або ми не завжди розуміємо співрозмовника?

2.2.2 Вправа “Зіпсований телефон”.

Мета: демонстрація того, як особисті фільтри змінюють отриману інформацію при переході від людини до людини, відпрацювання навички активного слухання.

Об’єднати учасників в дві команди. Одна команда – спостерігачі, друга – учасники. Учасники виходять з кімнати. Заходить один з них. Тренер зачитує текст. Задача учасника максимально докладно запам’ятати текст та переказати наступному учаснику, який зайде. Так по ланцюгу, текст переказується від учасника до учасника. Спостерігачі фіксують, як передається інформація.

Текст “Іван Петрович”

“Іван Петрович чекав вас і не дочекався. Дуже засмутився та просив передати, що зараз вирішує питання стосовно обладнання в головному будинку, можливо японського. Повинен повернутися до обіду, але якщо його не буде до 15 години, то нараду потрібно починати без нього. А головне, оголосить, що всім керівникам середньої ланки необхідно пройти тестування в 20-й кімнаті в головній будівлі в будь-який зручний час до 20 лютого.”

Рефлексивне коло: - як ви себе відчуваєте? - що зараз відбувалося? - про що ця вправа? - чому в фіналі ми бачимо текст таким спотвореним? - як цього можна уникнути?

2.3 Приклади та метафори.

Використані цитати в ході блоку:

“Не бійтесь бути відвертими. Це не робить Вас слабкими, навпаки, ви стаєте ближче до людей. Знайте, що відвертість – ваша сила” (Марк Гоулстон).

“Секрет впливу на інших людей не у вмінні говорити, а у вмінні бути гарним слухачем” (Дейл Карнегі).

Обідня перерва з 13:00 до 14:00.

3. Блок “Як знешкодити токсичних людей”

Мета: - навчити учасників розпізнавати токсичних людей та розробити стратегії взаємодії з ними; - відпрацювати на прикладі модель комунікації з токсичною людиною. Час проведення: 14:00 – 16:00.

3.1 Зміст та методи.

Розминка після обідньої перерви.

Мета: - вправа сприяє залученню учасників в те, що відбувається “тут і зараз”; - також вправа заспокоює та об’єднує учасників, дозволяє відчути один одного та настроїти на загальну хвилю. Час проведення: 5 хвилин.

Інструкція: 1. Тренер пропонує команді заплющити очі.

2. Всій команді потрібно дорахувати від 1 до 10. При цьому одна людина не може вимовити дві цифри поспіль – в рахуванні повинна брати участь вся команда. Якщо дві людини говорять одночасно, все починається наново. Важливо відчути один одного та об’єднатися в єдиний процес.

Вступ до практичного завдання.

Тренер: Я думаю, ви зі мною погодитесь, якщо я скажу, що всі ми мріємо контактувати та спілкуватися з пацієнтами та колегами, які роблять наше життя краще. Я впевнена, що насправді саме таких людей в нашому оточенні більше. Але

не тільки в практиці кожного лікаря, але в кожній людині зустрічаються випадки, коли співрозмовник отруює життя своєю присутністю.

Дехто намагається вичавити з нас всі соки, хтось маніпулює, бажає помикати нами, заважає нам або залякує. Або робить з нас “цапа відбувайла” за власні помилки. Чи просто не чує.

Щоб вберегти себе та свій емоційний стан потрібно позбавити таких людей можливості шкодити.

Звісно, було б чудово ізолюватися від таких людей. Та іноді ми тісно пов’язані – емоційно, фінансово або юридично.

Тож перш за все – потрібно відслідковувати таких людей та впізнавати тип токсичності, щоб правильно з цим впоратися.

Пропоную вас згадати своє оточення.

Попрошу кожного з вас записати на стікер по 1 типажу токсичної поведінки з вашого досвіду та закріпити стікер на флешкарті.

Наприклад, це може бути: маніпулятор, критик, жертва, пліткар, задирано, прилипала, паразит, людина-буря, суддя, егоцентрист тощо.

3.2 Практичне завдання.

3.2.1 Вправа “Виявлення токсичних людей”.

Мета: навчитися розпізнавати токсичних людей та виробити способи спілкування з ними.

Учасники об’єднуються по трое. Обирають три типи проявлень токсичних особистостей. Описують характерні ознаки (манеру поведінки, образ, способи маніпуляції, тощо). Та засоби їх знешкодження. Тобто, як правильно вести себе з такими людьми, щоб запобігти струсу та зберегти енергію. Кожна група бере ватман та готує свій план “знешкодженню отруйних”. За 20 хвилин кожна команда презентує свої рішення.

3.2.2 Практичне завдання “Акваріум”.

Мета: відпрацювати навички спілкування у розмові з токсичною особою на прикладі робочої моделі “Лікар-пацієнт”.

Тренер пропонує учасникам обрати приклад теми розмови з токсичним пацієнтом або колегою, яку вони вважають найбільш актуальну для них. В середині кімнати тренер ставить два стільці один навпроти другого, на який сідають пара бажаючих учасників. Одному пропонується бути в ролі лікаря, другому – в ролі токсичного співрозмовника. Навколо тренер ставить решту стільців, на які сідають учасники, які виконують роль спостерігача. Така постанова ролей утворює простір “акваріуму”, в якому всередині відбувається актуальна комунікація, та зовні знаходяться спостерігачі, які фіксують цікаві для них моменти розмови. По завершенню розмови спостерігачі діляться своїми спостереженнями та враженнями. Рефлексивне коло:

Питання учасникам розмови:

- Що ви відчували під час розмови?
- Чи було вам важко почути співрозмовника?
- Чи відчували ви роздратування?
- Як ви вважаєте, чи вдалося вам досягнути взаєморозуміння?

Питання спостерігачам:

- Що ви відчували, спостерігаючи за розмовою?
- Що вас зацікавило в ході розмови?
- Що б ви зробили по іншому?
- Що з почутого та оговореного берете з собою в майбутнє?

3.3 Приклади та метафори.

Для того, щоб впоратися з конфліктною ситуацією, знизити стрес та знайти спільну мову – дуже важливо опанувати свої емоції та уважно слухати людину, з якою комунікуєте.

Ось що радить нам Майкл Гоулстон в своїй книзі “Я відчуваю вас наскрізь. Ефективна техніка переговорів”:

Як навчитися щиро цікавитися іншими людьми? Перш за все, варто перестати сприймати спілкування як змагання. Замість того, щоб вважати розмову тенісним матчем (де ви намагаєтеся здобути більше очок), уявіть себе детективом, чия мета – дізнатися якомога більше про співрозмовника. Розпочинайте бесіду з усвідомлення, що за людиною приховано багато цікавого, і ставте собі завдання це виявити. Це дозволить вам проявити щирість у ваших очах і жестах. Ви інстинктивно задаватимете запитання, які допоможуть співрозмовнику розповісти захоплюючу історію, і будете уважно слухати його, не замислюючись про свій наступний коментар.

«Єдиний шлях виграти в суперечці – це уникнути її» (Дейл Карнегі).

Якщо у вас є можливість тримати токсичних людей подалі від свого життя, краще уникнути спілкування з ними, щоб зберегти свій спокій і емоційне благополуччя. Це допоможе вам не витратити енергію та уникнути вигорання.

Притча про токсичність.

Одного разу змія заповзла у заячу нору. Зайці злякалися, але вона їх заспокоїла:

– Не бійтеся! Мені дуже самотньо, у мене немає друзів, і я хотіла б дружити з вами. Я мудра істота і маю багато цікавого, чим можу поділитися.

Зайці погодилися і провели вечір у розмовах зі змією. Але в кінці вечора вона вкусила одного з них і виповзла.

Наступного дня змія повернулася:

– Не проганяйте мене! Ми ж друзі, і потрібно приймати одне одного такими, які ми є. Я – змія, і кусати – це моя природа. Але я спробую більше цього не робити.

Зайці знову погодилися, і все повторилося: змія розповідала їм мудрі притчі, а потім кусала іншого зайця.

Коли змія знову приповзла, зайці заблокували вхід до нори каменем. Вона довго вмовляла їх помиритися, але зайці не погодилися.

– У світі дурнів розумний завжди залишається самотнім, – прошипіла змія й поповзла далі, відчуваючи образу через зраду друзів.

Такі токсичні люди можуть маніпулювати ситуацією на свою користь. Якщо вас травмують навіть найрозумніші істоти, не пускайте їх у своє життя. Джерело:

<https://slovoproslovo.info/pritcha-pro-toksichnist>

Кава- брейк з 16:00 до 16:15.

4. Блок “Створення алгоритму зцілення від вигорання. Підсумки”.

Мета: - створення власного «рецепту» від професійного вигорання для використання у майбутньому; - підведення підсумків.

Час проведення: 16:15 - 18:00.

4.1 Зміст та методи.

Просмотр відео на проекторі (посилання активне через Ctrl).

Байдужість - співчуття. Мотивуючий мультфільм

<https://www.youtube.com/watch?v=VXHd3rzuaKI>

Питання до групи:

- Про що на вашу думку йдеться в ролику, який ми подивились?
- Що ви відчували під час перегляду?

Як в професійному, так і в особистому житті відбувається постійний взаємообмін енергією, інформацією, ресурсами. Навколишній світ відзеркалює те, що ми з вами несемо в середині. І повертає нам те, що ми віддаємо.

І тут у мене для вас дві новини: хороша та погана. З якої почати?

Погана новина: Наш стан залежить тільки від нас.

Хороша новина: Наш стан залежить тільки від нас.

За свій стан відповідаємо тільки ми. Хороша чи погана це новина – залежить тільки від нашого сприйняття. І що б з нами не відбувалось, головне як ми це сприймаємо і які дії та думки обираємо.

З відео, яке ми подивились з вами видно, що ми самі іноді можемо бути токсичними людьми. Наприклад, якщо ми вигоріли і більше не можемо радіти,

віддавати та помічати те, що раніше було важливим. Давайте разом з вами створимо власний алгоритм зцілення від професійного вигорання.

4.2 Практичне завдання.

Вправа “Рецепт від вигорання”.

Мета: структурувати знання та навички, які отримано протягом тренінгу в зручну форму для практичного застосування. Час проведення: 40 хвилин.

Тренер пропонує об'єднатися в 3 команди. Роздає кожній ватман та маркери. Пропонує кожній команді створити свій рецепт від вигорання, використовуючи знання та навички зі свого минулого досвіду, а також отримані під час тренінгу. Після цього кожна команда презентує свій рецепт. Кожній команді на презентацію виділяється 15 хвилин.

Рефлексивне коло: - Як ви себе відчуваєте?

- Чи легко було зібрати в один алгоритм отримані під час тренінгу знання?
- Чи бажаєте прокоментувати ідеї від команд, які Вас зацікавили найбільше?
- Що спільного ви бачите у рецептах команд?
- Що візьмете з собою у майбутнє?
- Поділіться головним інсайтом за цей день.

4.3 Приклади та метафори

Пам'ятайте: корабель не тоне на воді, він тоне, коли вода потрапляє всередину нього. Тому не так важливо, що ззовні, важливо – що ми впускаємо всередину. Опікуйтеся своїм психологічним здоров'ям. Бережіть СЕБЕ та БЛИЗЬКИХ!

ВИСНОВКИ

На підставі результатів проведеного дослідження можна зробити наступні висновки.

1. Здійснено теоретико-методологічний аналіз досліджень, спрямованих на вивчення різних аспектів професійного вигорання. Теоретично встановлено, що професійне вигорання у лікарів – це реакція на інтенсивний чи довготривалий стрес, пов'язаний з роботою, що веде до емоційного віддалення від пацієнта, негуманного відношення та зниження якості роботи. Саме емоційне, когнітивне та фізичне виснаження, як наслідок довготривалого перебування у стресових навантаженнях, є головним чинником професійного вигорання у лікарів. Під психоемоційним виснаженням мається на увазі вичерпання життєвих ресурсів, втрата здібності до емпатії, пасивність та беземоційність.

2. Розроблено програму, обґрунтовано комплекс методів і методик, відповідних меті та завданням дослідження. Емпіричне дослідження проводилося на базі приватного медичного закладу Into-Sana в м. Одеса. В емпіричному дослідженні взяли участь 40 медичних працівників різної статі, віку та посади. Тестування проводилось онлайн. Психодіагностичний інструментарій склали: 1. Тест емоційного вигорання К. Масlach та С. Джексона; 2. Опитувальник оцінки рівня психологічної, фізіологічної і професійної дезадаптації О.Н. Родіної; 3. Опитувальник за шкалою ворожості У. Кука та Д.М. Медлей; 4. Опитувальник діагностики ірраціональних упереджень А. Елліса; 5. Тестування на рівень стресу та депресії. Методика Ч.Д. Спілберга – О.М.Радюка. Крім цього, для обробки та інтерпретації результатів було застосовано методи математичної статистики: кореляційний аналіз Спірмена та Т-критерій Стюдента із застосуванням програми SPSS- 21; графічний та табличний методи; методи аналізу, синтезу, дедукції та індукції; методи узагальнення та абстрагування.

3. Здійснено статистичну (кількісну) і якісну обробку даних. Шляхом кількісного (кореляційного) аналізу встановлено наявність значущих

взаємозв'язків різного знаку між показниками професійного вигорання та професійної дезадаптації. Статистично доведено, що зі зростанням емоційного вигорання зростає загальна професійна дезадаптація, емоційні здвиги, відчуття втоми, соматовегетативні порушення, особливості соціальної взаємодії, знижується загальна активність та мотивація до діяльності. Посилення деперсоналізації/цинізму супроводжується загостренням соматовегетативних порушень. Зі зниженням усіх показників професійної дезадаптації підвищується професійна успішність. І навпаки, редукція особистих та професійних досягнень супроводжується посиленням особливостей соціальної взаємодії, зниженням загальної активності, загальною професійною дезадаптацією, емоційними здвигами та порушеннями сну. Загальне професійне вигорання супроводжується значним підвищенням усіх показників професійної дезадаптації (окрім показника особливостей окремих психічних процесів). Це може мати небезпечні наслідки, такі як: зниження продуктивності праці лікарів та її якості, підвищення ризиків прийняття невірних рішень, аварійності та травматизму, лікарських помилок, смертельних випадків.

Встановлено, що зі зростанням емоційного вигорання та загального професійного вигорання значно зростає ворожість. Крім того, з підвищенням емоційного вигорання підвищується цинізм. З посиленням деперсоналізації, стану відчуження від самого себе, неадекватного сприймання себе, свого «я», посилюється ворожість, емоційна байдужість та знецінюються цінності. З редукцією професійних досягнень зростає агресивність і ворожість до інших. А зі зростанням професійної успішності знижується агресія та ворожість.

Розгляд взаємозв'язків між показниками професійного вигорання та ірраціональних установок показав, що загальне професійне та емоційне вигорання супроводжуються сильним зниженням толерантності до фрустрацій, тобто зниженням терпимості до ситуацій, коли на шляху досягнення мети зустрічаються нездоланні перепони. А фрустрація, як загальновідомо, супроводжується агресією,

ворожістю або розчаруванням. Зі зростанням деперсоналізації/цинізму зростає схильність лікарів вважати, що інші чимось зобов'язані чи в чомусь повинні перед ними, що супроводжується завищеними вимогами до інших (колег, пацієнтів), агресивністю, схильністю ображатися та звинувачувати. З підвищенням професійної успішності знижується схильність катастрофізувати обставини та події, що відбуваються. І навпаки, з редукцією професійних досягнень ця катастрофізація збільшується.

Розгляд взаємозв'язків показників професійного вигорання та показників стресу і депресії встановив, що вигорання в емоціях супроводжується зростанням схильності до інтенсивності тривоги і депресії, частоти агресії, тривоги і депресії. Зі зростанням деперсоналізації/цинізму зростає інтенсивність ситуативної агресії. Встановлено, що чим більше професійних досягнень, тим більше інтенсивність та частота цікавості (що є профілактикою стресів) і тим менше інтенсивність тривоги та частота агресії, тривоги і депресії. Також це означає, що протилежність професійної успішності, – редукція особистих і професійних досягнень, супроводжується зростанням інтенсивності тривоги, збільшенням частоти агресії, тривоги і депресії, а також зниженням інтересу та зацікавленості в роботі. Зі зростанням професійного вигорання зростає інтенсивність агресії, тривоги, а значить і стресу, зростає інтенсивність та частота депресії, а також підвищується агресивність і тривожність.

4. Проведено якісний аналіз виділених груп. Групі осіб з максимальним (ПВ+) професійним вигоранням властиві: загальна професійна дезадаптація, відчуття втоми, зміни у соціальній взаємодії, зниження загальної активності, соматовегетативні порушення, зниження мотивації до діяльності. Характерне значне підвищення ворожості, цинізму і агресії. Ворожість може виявлятися як: емоційна відстороненість, агресивна поведінка, зниження якості спілкування, цинізм, ізоляція, віддалення від колег, невдоволення роботою, умовами праці, конфліктність, труднощі у встановленні довірчих відносин із пацієнтами та

колегами, що може призводити до непорозуміння. Важливо, що ворожість може бути наслідком стресу та втоми, розуміння цього допомогло у пошуку шляхів вирішення проблеми вигорання. Серед ірраціональних упереджень в групі лікарів з максимальним (ПВ+) професійним вигоранням найбільш виражені: низька фрустраційна толерантність, обов'язок щодо себе, оціночна залежність. Вони вважають, що все має бути лише так, як вони собі запланували і вони в будь-що мають досягти цілі; вони мають завищені вимоги до себе, схильні брати надмірну відповідальність за інших; їхня самооцінка цілком залежить від того, як їх оцінюють інші (колеги, пацієнти). Якісний аналіз показників стресу і депресії показав, що лікарі з професійним вигоранням часто виявляють агресивність до оточуючих, особистісну тривожність, не стресостійкі та часто депресивні.

Для групи осіб з мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням не характерні психосоматичні чи соматопсихічні порішення, у них навіть у стресі зберігається мотивація до діяльності, вони професійно адаптовані, нормально взаємодіють у соціумі, зберігають активність та бадьорість і мають здоровий сон. Ворожість, цинізм, і агресія значно нижчі, ніж в групі ПВ+. У групі лікарів з мінімальним (ПВ-) професійним вигоранням бачимо зниження значень за всіма ірраціональними установками, що означає раціональність мислення, яка допомагає адаптуватися та досягати значимих цілей. Серед показників стресу і депресії найбільш проявлені показники інтенсивності та частоти цікавості та найменш проявлені показники частоти й інтенсивності депресії, а також інтенсивності тривоги і частоти агресії. Це характеризує їх як стресостійких, ініціативних та зацікавлених, не схильних до депресії, ситуативної тривоги та агресивності.

5. Розроблено тренінгову програму профілактики і корекції професійного вигорання у лікарів. Перспективою подальших досліджень є виявлення специфіки професійного вигорання залежно від статі і віку, його довготривалості тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Маляр-Газда, Н. М. Емоційне вигорання-актуальна проблема медицини сьогодні. Проблеми клінічної педіатрії, 2015 (3), С. 27-31.

2. Колоскова, О. К., Т. М. Білоус, В. В. Білоус. Синдром емоційного вигорання у лікарів-педіатрів, які працюють на різному рівні надання медичної допомоги дітям // Буковинський медичний вісник 2013, 17, № 4 С. 79-82.

1. Аршава І. Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі «особистість-стан») (Текст) // Вісник АПН України. Педагогіка і психологія. 2006. № 4 (53). С. 82–90.

2. Асмаковець Є.С. Взаємозв'язок синдрому «емоційного вигорання» та копінг-поведінки // Психологія та школа. 2012. № 2. С. 94 – 99.

3. Балабанова Л. М. Особистісні чинники психічного вигорання викладачів вищих навчальних закладів//Вісник Національної академії оборони України. 2009. № 2 (10). С. 67–72.

4. Башенкова Л. А., Кухарська Є. В. Діагностика синдрому емоційного вигорання та заходи, спрямовані на його попередження // Середня професійна освіта. 2015. №11. С. 43-45.

5. Бойко В. В. Синдром «емоційного вигорання» в професійному спілкуванні.: С.: 1999. 105 с.

6. Винокур В.А. Професійний стрес у медичних працівників // Вісник МАПО. 2012. № 2. С. 25 -30.

7. Вітенко І. С., Вьюн В.В. Профілактика та корекція розладів адаптації лікарів в умовах роботи за принципами сімейної медицини // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20. Вип. 3 (72). С. 169-170.

8. Вітенко І. С. Психологічні основи професійної підготовки сімейного лікаря (Текст): монографія. Х.: Основа, 2000. 224 с.

9. Вітенко І. С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності (Текст): монографія. Вінниця: Нова книга, 2013. 132 с.
10. Вітенко, І. С. Специфіка адаптаційних реакцій лікаря загальної практики – сімейної медицини до професійної діяльності (Текст) // Медична психологія. 2011. Т. 6, № 3 (23). С. 10–13.
11. Волосовець О. П. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти України (Текст) // Проблеми медичної науки та освіти. 2006. № 1. С. 5–12
12. Волошин П. В. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) (Текст): монографія. Х., 2016. 335 с.
13. Вьюн В. В. Вплив професійного дистресу на стан адаптації лікарів-інтернів в сучасних умовах // Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science» № 7(15)2017 DOI: 10.15587/2519-4798.2017.108069
14. Вьюн В. В. Клініко-феноменологічні особливості формування станів професійної дезадаптації у лікарів-інтернів // Вісник морської медицини. 2017. №4 (77).
15. Вьюн В.В. Проблема адаптації лікарів-інтернів до професійної діяльності в сучасних умовах // Український вісник психоневрології Том 23, випуск 3 (84), 2015 С.60-63
16. Вьюн В.В. Система медико-психологічної підтримки лікаря у період адаптації до професійної діяльності // Архів психіатрії. 2016. Т. 22. № 4 (87), с. 52-54
17. Глушко О.М. Психологічна та фармакологічна корекція при надзвичайних ситуаціях: Підручник (Текст) Вид-во. СГУ. 2010. 293 с.
18. Гуцало Д. Емоційне вигоряння. Що робити, щоб не "згоріти" на роботі (Текст) // Психологічний журнал «Дискусія». 2009. №13. С.34.
19. Дерев'янка С. П. актуалізація емоційного інтелекту в емоціогенних умовах // Соціальна психологія. 2008. № 1. С. 96–104.

20. Діагностика професійного вигорання (назва з екрану) Режим доступу <https://vseosvita.ua/library/diagnostika-profesijnogo-vigoranna-k-maslac-s-dzekson-v-adaptacii-n-e-vodopanovoi-460627.html>
21. Доповідь про стан охорони здоров'я у світі 2011. Психічне здоров'я: нове розуміння, нова надія (Текст). ВООЗ, 2011. 5 с.
22. Дубина М.І. Психічне здоров'я як передумова здоров'я нації // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. 2014. Т. 7. № 4 (26). С. 6-11.
23. Карамушка Л. М., Гнускіна Г.В. Психологія професійного вигорання підприємців : монографія / Л. М. Карамушка, Г. В. Гнускіна. Київ : Логос, 2018. 198 с.
24. Кисельова Н.В. Коригування стратегій подолання криз професійного становлення особистості // Дошкільна педагогіка. 2013. № 5. С. 58 – 62.
25. Коврига Н. В. Стресозахисна та адаптивна функції емоційного інтелекту: автореф. ... дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.01 К., 2003. 20 с.
26. Кожина А. М. Проблеми адаптації студентів до навчальної діяльності у ВУЗі в умовах кредино-модульної системи освіти (Текст) / А. М. Кожина, М. В. Маркова, Е. Г. Гриневич // Науково-інформаційний
30. Кокотова О. О. Особливості емоційного вигорання у середнього медичного персоналу психіатричних установ (структура, механізми формування, психотерапевтична корекція): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04./Кокотова Олена Олександрівна; Харківська медична академія післядипломної освіти. Х., 2010. 20 с.
31. Кокун О. М. Адаптація та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти (Текст) // Актуальні проблеми психології. 2005. Т. 5, Вип. 4. С. 77–85.

32. Кочарян А. С. Синдром вигоряння у медичних працівників // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. 2009. Т. 14, вип. 18. С. 44–51.
33. Кузнєцова О. В. Адаптивність особистості як чинник професійної надійності у представників екстремальних видів діяльності // Наука і освіта : наук.-практ. журнал. 2013. № 7. С. 243-247.
34. Леонова А.Б. Основні підходи до вивчення професійного стресу // Вісник психосоціальної та корекційно-реабілітаційної роботи. 2011. №11. С. 32.
35. Льошенко О. Емоційний інтелект і емоційна компетентність: проблеми співвідношення //Вісник Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. 2010. № 2. С. 49–52.
36. Максименко С.Д., Карамушка Л.М., Зайчикова Т.В. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти / С.Д. Максименко, Л.М. Карамушка, Т.В. Зайчикова - К.: Міленіум, 2006.
37. Марков А. Р. Психологічний тренінг як спосіб оптимізації психологічного клімату та формування згуртованості студентської групи // Тавричний журнал психіатрії. 2012. Т. 16, № 2 (59). С. 47–48.
38. Маркова М. В. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоед'юкативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу // Медична психологія. 2010. Т.5. № 1. С.15-19.
39. Маркова М.В., Марков А.Р., Піонтковська О.В. Емоційний інтелект та його роль в розвитку професійної дезадаптації медичних працівників // Тавричний журнал психіатрії. 2014. №3 (68).
40. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції. Київ: Вища школа, 2003. 126 с.

41. Орел В.Є. Дослідження феномена «психічного вигоряння» у вітчизняній та зарубіжній психології // Проблеми загальної та організаційної психології. 2016. № 4. С. 70 – 97.
42. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
43. Пасічник І. П., Пасієшвілі Л. М. Аспекти реабілітації лікаря при смерті пацієнта // Сімейна медицина. 2013. № 46. С. 130-132.
44. Плахотнікова І.В., Моросанова В.І. Регуляторна роль окремих особистісних якостей в індивідуально-типових проявах саморегуляції довільної активності // Світ психології. 2017. № 1. С. 3 – 85.
45. Продан М. І. Емоційна складова професійної дезадаптації у середнього медичного персоналу, що працює з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання // Журнал психіатрії та медичної психології. 2012. № 4 (21). С. 43–48.
46. Продан М. І. Психокорекція і психопрофілактика професійної дезадаптації середнього медичного персоналу, які працюють з хворими на туберкульоз: дис. ... канд. мед. н: 19.00.04; Харківська медична академія післядипломної освіти. Харків, 2012. 146 с.
47. Психологічний словник /Авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова / За ред. Н. А. Побірченко. Київ : Науковий світ, 2007. 27 с.
48. Пшук Н. Г. Деякі індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю (Текст) // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, № 1 (78). С. 84–87.
49. Пшук Н. Г., Камінська А. О. Проблема професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю // Архів психіатрії. 2013. Т. 19. № 2 (73). С. 151-155.
50. Скорик Т. В. Профілактика синдрому "професійного вигорання" соціальних працівників як необхідна умова професійної готовності / Т. В. Скорик

// Наукові записки [Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя].
Серія : Психолого-педагогічні науки. - 2011. - № 3. - С. 98-100.

51. Скугаревська М.М. Синдром емоційного вигорання (Текст)// Медичні новини. 2013. №7. С. 45.

52. Соколова І. М. Психофізіологічні механізми адаптації студентів (Текст): монографія. Х.: ХДМУ, 2007. 412 с.

53. Соціально-і стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика): монографія; за ред. П. В. Волошин, Н. О. Марута. Харків: Видавець Строков Д. В., 2016. 335 с.

54. Трунов Д.Г. Синдром згорання: позитивний підхід до проблеми // Журнал практичного психолога. 2008. № 5. С. 28 – 33.

55. Федак Б. С. Синдром професійного вигорання і його психотерапевтична корекція у медичного персоналу швидкої допомоги.: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 19.00.04/; Харківська медична академія післядипломної освіти. Х., 2009. 20 с.

56. Щерба Ю. М., Лісовенко А. Ф., Професійне вигорання медичних працівників як психологічна проблема // Science in the modern world: innovations and challenges. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Toronto, Canada. 2024. Pp. 558-564. URL: <https://sci-conf.com.ua/iii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-in-the-modern-world-innovations-and-challenges-21-23-11-2024-toronto-kanada-arhiv/>.

57. Юр'єва Л. Н. Професійне вигорання у медичних працівників: формування, профілактика, корекція. К.: Сфера, 2004. 271 с.

58. Яркіна О. С. Синдром емоційного вигорання у лікарів у контексті особистісно-професійного розвитку: симптоми та передумови // Вісник ТУ. 2008. №3. С 307-311.

59. Enzmann, D., Berief, P., Engelkamp, C. et al. Burnout and coping will burnout. Development and evaluation of a burnout workshop. Berlin: Technische Univercitat Berlin, Institut fur Psychologie., 1992.
60. Freudenberger Herbert J. Staff burn-out // Journal of Social Issues. 1974. Vol. 30, no. 1. P. 159-165.
61. Maslach, C. Burnout: A social psychological analysis. In The Burnout syndrome ed.J.W.Jones, pp. 30–53, Park Ridge, IL: London House, 1982.
62. Maslach, C., & Jackson, S. E.. Maslach burnout inventory manual (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1986.
63. Schaufell, W.B., Enzmann, D. And Girault, N. Measurement of burnout: A review. In Professional Burnout: Recent Development in Theory and Reserch ed. W.B.Schaufell, C.Maslach and T.Marek, pp. 199–215, Washington, DC: Taylor&Francis.
64. Satterfield J. Emotional Intelligence in Internal Medicine Residents: Educational Implications for Clinical Performance and Burnout //Ann. Behav. Sci. Med.Educ. 2009. V. 14 (2). P. 65–68.
65. Selye H. Stress in Health and Disease. Butterworths, Boston. 1976.