

Карпатський національний університет імені Василя Стефаника

Факультет психології

Кафедра соціальної психології

ДИПЛОМНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЦИВІЛЬНОГО
МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ВИЩОЇ ТА СЕРЕДНЬОЇ ЛАНКИ ТИЛОВОГО
ГОСПІТАЛЮ В УМОВАХ ВОЄННИХ ДІЙ

Виконала: студентка 2 курсу, ПСм-21 групи
спеціальності 053 Психологія

Миронюк Т. В.

Керівник кандидат психологічних наук, доцент

Сметаняк В. І.

Рецензент кандидат психологічних наук, доцент

Когутяк Н. М.

Івано - Франківськ– 2025 р.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ЧАС ВОЄННИХ ДІЙ	10
1.1 Професійне вигорання як проблема сучасної психологічної науки	10
1.1.1 Історія вивчення феномена професійного вигорання	10
1.1.2 Сучасні визначення та нормативні підходи до розуміння професійного вигорання	12
1.1.3 Концептуальні моделі професійного вигорання	13
1.1.4 Структура, симптоматика та класифікації професійного вигорання	16
1.1.5 Міжнародні дані	22
1.1.6 Українські дані	24
1.1.7 Вигорання в екстремальних умовах і війні	25
1.1.8 Профілактика професійного вигорання.....	27
1.1.9 Нерозв’язані питання та напрями досліджень	28
1.2 Психологічні чинники та індивідуальні особливості професійного вигорання медичного персоналу	29
1.2.1 Психологічні чинники професійного вигорання	29
1.2.2 Індивідуальні особливості персоналу	32
1.2.3 Професійна специфіка лікарів і медсестер	34
1.2.4 Психологічні наслідки та роль емоційного інтелекту.....	40
1.3 Специфічні особливості професійного вигорання медичного персоналу в час воєнних дій.....	42
1.3.1 Психоемоційні та організаційні фактори вигорання медичних працівників у період воєнного стану.....	42
1.3.2 Професійні групи ризику та клініко-психологічні прояви вигорання у військових та цивільних медичних працівників.....	47
1.3.3 Психосоціальні, етичні та командні чинники вигорання у прифронтових	

лікарнях	51
1.3.4 Стратегії профілактики професійного вигорання в умовах війни	52
Висновки до розділу 1	54
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ЧАС ВОЄННИХ ДІЙ.....	57
2.1 Методологія дослідження психологічних особливостей професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій.....	57
2.1.1 Особливості вибірки та її параметри	57
2.1.2 Методологічні засади та інструментарій дослідження	60
2.1.3 Організація та етапи емпіричного дослідження	75
2.2 Дослідження психологічних особливостей професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій	78
2.2.1 Аналіз результатів за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка.....	78
2.2.2 Аналіз результатів за методикою К. Маслач і С. Джексон.....	86
2.2.3 Аналіз результатів за методикою «Дослідження синдрому «вигорання» Дж. Грінберга.....	94
2.2.4 Аналіз результатів за методикою «Опитувальник для виявлення синдрому вигорання» Чабана О. С.....	99
2.2.5 Аналіз результатів за методикою «Оцінка власного потенціалу «вигорання»» Дж. Гібсона.....	104
2.2.6 Кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками методик.....	109
2.2.7 Оцінка надійності психодіагностичних інструментів	114
2.3 Психологічні умови корекції професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій.....	117
2.4 Практичні рекомендації щодо профілактики та подолання професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій.....	123

Висновки до розділу 2	130
ВИСНОВКИ.....	133
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	136
ДОДАТКИ.....	143

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

Скорочення	Детальне розшифрування
пп.	пункти
Рис.	рисунок
СЕВ	синдром емоційного вигорання
СПВ	синдром професійного вигорання
табл.	таблиця
Boyko_V	фаза «Виснаження» за методикою В. В. Бойка
Boyko_H	фаза «Напруження» за методикою В. В. Бойка
Boyko_P	фаза «Резистенція» за методикою В. В. Бойка
Boyko_Total	інтегральний показник емоційного вигорання за методикою В. В. Бойка
Chaban_Total	загальний показник психоемоційного виснаження за методикою О. С. Чабана
DP (Maslach DP)	деперсоналізація за методикою К. Маслач і С. Джексон
EE (Maslach EE)	емоційне виснаження за методикою К. Маслач і С. Джексон
Gibson_DP	деперсоналізація за методикою Дж. Гібсона
Gibson_EE	емоційне виснаження за методикою Дж. Гібсона
Gibson_PA	професійна задоволеність за методикою Дж. Гібсона
Gibson_Total	загальний показник вигорання за методикою Дж. Гібсона
MBI	Maslach Burnout Inventory
PA (Maslach PA)	особистісні досягнення за методикою К. Маслач і С. Джексон

ВСТУП

Актуальність теми.

Професійне вигорання серед медичних працівників є однією з найактуальніших проблем сучасної психології, особливо в умовах воєнного стану, коли навантаження на систему охорони здоров'я та її персонал істотно зростає. Екстремальні умови праці, дефіцит ресурсів, висока відповідальність, необхідність приймати рішення в ситуаціях невизначеності та контакт із важкими пацієнтами спричиняють емоційне виснаження, хронічну втому й втрату сенсу професійної діяльності.

Під час воєнних дій медичний персонал стикається з підвищеним ризиком вторинної травматизації, роботою у стресогенному середовищі та постійною моральною напругою. Перед психологічною наукою постає завдання вивчити механізми адаптації, резильєнтності та подолання професійного вигорання в цих екстремальних умовах.

Проблема вигорання досліджувалася у працях Дж. Фрейденбергера, К. Маслач, С. Джексона, В. В. Бойка, В. О. Бодрова, О. С. Чабана, Т. Титаренко, Л. Карамушки та інших учених. Водночас вигорання цивільного медичного персоналу тилових госпіталів у період війни залишається недостатньо вивченим, що зумовлює актуальність і новизну цього дослідження.

Об'єкт дослідження: професійне вигорання медичного персоналу в умовах воєнних дій.

Предмет дослідження: психологічні особливості професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в умовах воєнного часу.

Відповідно до предмета та мети дослідження сформульовано такі завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз феномену професійного вигорання, його структури та чинників.

2. Визначити психологічні особливості вигорання медичних працівників у специфічних умовах воєнного часу.

3. Розробити методологічне забезпечення та провести емпіричне дослідження рівня і компонентів професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю.

4. Встановити взаємозв'язки між компонентами вигорання та соціально-демографічними характеристиками (стать, вік, стаж, посада).

5. Обґрунтувати психологічні умови та підготувати практичні рекомендації щодо профілактики й корекції професійного вигорання медичного персоналу.

Гіпотеза дослідження.

Передбачається, що професійне вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю має специфічну психологічну структуру, у якій емоційне виснаження є центральним компонентом, посиленням деперсоналізацією та редукцією особистісних досягнень, тоді як професійна задоволеність виконує буферну функцію. Імовірно, найвищі показники емоційного виснаження спостерігатимуться у молодших медичних сестер через підвищене емоційне навантаження та обмежені ресурси психологічної підтримки.

Методи дослідження.

Використано комплекс взаємопов'язаних методів:

- теоретичні — аналіз, узагальнення та систематизація наукових джерел; робота з електронними базами даних Google Scholar, NLM, PubMed для формування теоретичної основи дослідження;
- емпіричні — психодіагностичні методики (В. В. Бойка, К. Маслач і С. Джексон, Дж. Грінберга, О. С. Чабана, Дж. Гібсона), спостереження, напівструктуроване інтерв'ю, експертне оцінювання;
- статистичні — методи описової статистики, t-критерій Ст'юдента, U-

критерій Манна–Вітні, кореляційний аналіз за коефіцієнтами Пірсона та Спірмена, регресійний аналіз. Обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Jamovi версії 2.7.12.

Наукова новизна полягає у комплексному теоретико-емпіричному дослідженні психологічних особливостей професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в умовах воєнних дій.

Науково узагальнено та систематизовано підходи до аналізу синдрому професійного вигорання в контексті екстремальної медичної діяльності, що розширило уявлення про специфіку його проявів у воєнний період.

Визначено та емпірично підтверджено взаємозв'язки між компонентами емоційного вигорання, рівнем професійної задоволеності та соціально-демографічними характеристиками персоналу.

Уточнено роль емоційного виснаження як центрального чинника структури вигорання та обґрунтовано захисну функцію професійної задоволеності.

Розширено уявлення про психологічні умови профілактики й корекції професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилкових госпіталів.

Теоретичне і практичне значення.

Результати дослідження доповнюють сучасні уявлення про природу й структуру професійного вигорання у сфері охорони здоров'я та розширюють підходи до його вивчення в умовах війни. Практичне значення полягає у можливості використання результатів і запропонованих рекомендацій у діяльності психологічних служб медичних закладів, підготовці тренінгів із профілактики професійного вигорання та розвитку емоційної саморегуляції.

База та етапи дослідження.

Емпіричне дослідження проводилося на базі тилового госпіталю Івано-Франківської області в умовах воєнного часу. У ньому взяли участь 30 респондентів — представників цивільного медичного персоналу (24 жінки, 6 чоловіків). Дослідження здійснювалося у п'ять етапів: організаційно-методологічний, збір емпіричних даних, статистична обробка, інтерпретація

результатів та формулювання рекомендацій.

Апробація результатів дослідження.

Основні положення та результати дослідження були представлені у формі наукової доповіді та тез:

1. «Специфічні особливості професійного вигорання медичного персоналу вищої та середньої ланки в час воєнних дій». Виступ на звітній науковій університетській студентській конференції за 2024 рік (КНУ ім. В. Стефаника, Івано-Франківськ, 26 березня 2025 р.).
2. «Психологічні особливості професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій». Матеріали опубліковано у збірнику 4-ї Міжнародної науково-практичної конференції European Open Science Space «Scientific Innovation: Theoretical Insights and Practical Impacts» (Неаполь, Італія, 8–10 грудня 2025 р.). Випуск 65.

Структура магістерської роботи.

Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг становить 162 сторінки, містить 29 таблиць, 16 рисунків і 5 додатків.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ЧАС ВОЄННИХ ДІЙ

1.1 Професійне вигорання як проблема сучасної психологічної науки

1.1.1 Історія вивчення феномена професійного вигорання

Для глибшого розуміння сучасних концепцій професійного вигорання важливо звернутися до витоків наукового дослідження цього феномену.

Понад 50 років наукова спільнота вивчає явище під назвою «професійне вигорання». Перший етап наукового вивчення феномена професійного вигорання бере початок у 1974 році, коли Х. Фрейденбергер у науковий обіг увів поняття «staff burn-out» для опису стану фізичного і психічного виснаження представників допомагаючих професій, які тривалий час працювали в умовах інтенсивної взаємодії з клієнтами чи пацієнтами. Він окреслив ключові особливості цього явища та назвав його «burnout», підкресливши, що йдеться про психологічні зміни у здорових людей, діяльність яких відбувається у сфері взаємодії «людина–людина».

Професорка Каліфорнійського університету К. Маслач розглядає професійне вигорання як синдром, що поєднує фізичне та емоційне виснаження. До його ключових ознак вона відносить формування негативного ставлення до власних можливостей, зниження залученості в роботу та втрату здатності до емпатії і розуміння інших. Дослідниця наголошує, що це явище не тотожне зменшенню творчих здібностей, а є наслідком емоційного виснаження, спричиненого тривалим міжособистісним стресом [21, с. 445].

К. Маслач виділила три основні складові професійного вигорання.

Першою є виснаження, яке найчастіше проявляється у психологічній чи емоційній сфері, хоча може охоплювати й фізичний рівень. Другий компонент пов'язаний із зміною ставлення до інших людей та передбачає прояви деперсоналізації, емоційної відстороненості, негативного чи неадекватного ставлення до клієнтів, втрату почуття ідеалізму та підвищену дратівливість. Третій вимір стосується змін у сприйнятті власної професійної результативності та передбачає негативне переосмислення себе і своїх досягнень [43, с. 2].

Феномен професійного вигорання досліджується вже багато десятиліть, і за цей час сформувався значний науковий масив. У різних країнах регулярно проводять конференції та наукові форуми, присвячені цій проблематиці. За підрахунками W.B. Schaufeli, M.P. Leiter та С. Maslach, від моменту появи терміна «професійне вигорання» було опубліковано понад 6 000 наукових матеріалів — статей, розділів дисертацій і книжкових видань [5]. Водночас більшість робіт має описовий характер і не забезпечує достатнього емпіричного чи практичного підґрунтя, тому системне теоретичне опрацювання цього явища триває й надалі. Науковці й досі не дійшли спільного розуміння щодо природи та сутності синдрому, а також щодо визначення його першопричин, що характерно як для вітчизняних, так і для зарубіжних дослідників [6].

Проблема вигорання спочатку постала як соціальне явище, а не як сформований науковий термін. Тому перші уявлення про нього виникли швидше з практичних спостережень, ніж із теоретичних розробок. На ранньому етапі дослідники зосереджувалися передусім на клінічних описах цього стану. Згодом розпочалася друга — емпірична — фаза, коли увага була спрямована на систематичне наукове вивчення вигорання та розроблення методів його оцінювання. У процесі проходження цих двох етапів поняття вигорання поступово набувало більшої теоретичної глибини, інтегруючись у ширші наукові підходи та концептуальні моделі [49, с. 2].

1.1.2 Сучасні визначення та нормативні підходи до розуміння професійного вигорання

У сучасній науковій літературі професійне вигорання розглядається як багатовимірний психологічний феномен, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистісних досягнень. Класичні моделі, запропоновані К. Масlach і С. Джексон, В. В. Бойком, Е. Пайнс, описують розвиток вигорання як поступовий процес, що формується під впливом тривалого професійного стресу та недостатності ресурсів подолання.

Відповідно до сучасних нормативних документів України, зокрема Методичних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України щодо профілактики професійного вигорання медичних працівників (Наказ МОЗ № 923 від 04.06.2025), професійне вигорання визначається як синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці та проявляється у трьох ключових вимірах: емоційному виснаженні, деперсоналізації та зниженні професійної ефективності. У документі також розглядаються споріднені феномени — втома співпереживання, вторинна травматизація та моральне виснаження, що розширює концептуальне розуміння дезадаптивних станів у медичній сфері. Ці визначення узгоджуються з міжнародними підходами до охорони психічного здоров'я та підкреслюють необхідність системного й комплексного підходу до профілактики професійного виснаження серед медичних працівників [23].

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), Всесвітня організація охорони здоров'я визначає вигорання як «синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий». У цьому контексті вигорання класифікується як синдром, що впливає на стан здоров'я, але не є формальним медичним діагнозом.

У науковій літературі емоційне вигорання зазвичай описують як стан фізичного, психічного чи емоційного виснаження, який супроводжується

втратою внутрішньої мотивації, відповідальності та відчуттям невідповідності між людиною і її професійною діяльністю. Freudenberger Н. та Richelson G. трактують його як прояв тривалих психологічних станів, пов'язаних із хронічною стомленістю, депресивними переживаннями та фрустрацією. Hobfoll S. і Shirom A. розмежовують хронічне стомлення та синдром хронічної втоми (СХВ), який виникає через дисбаланс між зовнішніми вимогами й здатністю людини відповідати цим вимогам, наголошуючи, що ключовою складовою розвитку синдрому вигорання є передусім емоційне виснаження, якому згодом можуть супроводжувати фізичні й когнітивні порушення. Водоп'янова Н. Є. та Старченкова Є. С. позначають цей стан як синдром психічного вигорання, тоді як Сидоров П. визначає його як синдром емоційного вигорання. Матвієнко О. пропонує об'єднати психічний та емоційно-чуттєвий аспекти і використовувати термін «синдром психоемоційного вигорання», підкреслюючи, що він проявляється поступовим виснаженням емоційних, когнітивних і фізичних ресурсів, емоційною та інтелектуальною втомою, особистісною відстороненістю та зниженням задоволення від професійної діяльності. Автор підкреслює, що такий стан виконує функцію психологічного захисту, проявляючись у частковому або повному відключенні емоцій, аж до психоемоційного «отупіння» [20].

Різноманіття підходів до визначення вигорання знайшло своє відображення в розробці низки концептуальних моделей, що пояснюють структуру та динаміку цього явища.

1.1.3 Концептуальні моделі професійного вигорання

На сьогодні описано кілька теоретичних моделей, які пояснюють механізми розвитку емоційного вигорання. Однофакторна модель, запропонована А. Pines та Е. Aronson трактує вигорання як стан фізичного,

емоційного й психічного виснаження. У її основі — тривале перебування людини в умовах, що постійно виснажують емоційні ресурси, причому саме виснаження розглядається як центральний компонент, від якого вже походять інші поведінкові й психологічні прояви. Двофакторна модель, яку розробили D.V. Dierendonck та W.B. Schaufeli, включає два ключові елементи: афективне виснаження та деперсоналізацію, як когнітивний компонент. У межах цього підходу основною причиною вигорання виступає конфлікт між професійними вимогами та тим, які очікування щодо роботи має працівник. У трифакторній моделі С. Maslach та S. Jackson виділяються три складові: емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистих досягнень, які у комплексі формують синдром вигорання. Чотирифакторна модель, запропонована В. Parman та Е. Hartman, розширює попередній підхід, додаючи до нього деперсоналізацію професійної діяльності та деперсоналізацію суб'єктів професійної взаємодії. У цій моделі емоційне вигорання розглядається як стан психологічного та фізичного дискомфорту, що охоплює різні аспекти професійного функціонування [2].

Процесуальна модель синдрому емоційного вигорання, запропонована В. В. Бойком, є однією з найпоширеніших в українській психології. У ній автор виділяє три послідовні фази розвитку вигорання: напруження, резистенцію та виснаження. Кожна з цих фаз характеризується чотирма типовими симптомами, що відображають поступове погіршення психоемоційного стану працівника.

Фаза напруження формується тоді, коли фахівець усе гостріше усвідомлює наявність у професійній діяльності психотравмуючих умов, які важко або неможливо усунути. У цей період виникає невдоволення обраною професією, займаною посадою чи власними можливостями, з'являються тривожно-депресивні прояви, відчуття безпорадності та фатальності ситуації.

Фаза резистенції починається після наростання напруження. Накопичений дистрес активує психологічні механізми захисту, спрямовані на зменшення впливу стресових чинників. Проте ці реакції є малоефективними та неадаптивними. До них належать вибірковість емоційних реакцій, морально-

емоційна дезорієнтація, свідоме обмеження емоційних витрат поза роботою та прагнення зменшити кількість завдань, що потребують значних ресурсів.

Фаза виснаження завершує розвиток синдрому і характеризується різким зниженням емоційної енергії та загальною астенизацією організму. У цей період яскраво проявляються дисоціативні симптоми: емоційний дефіцит, тобто нездатність співпереживати пацієнтам; емоційна відчуженість, що означає повне «вимкнення» емоційного реагування; особистісна відстороненість від суб'єктів професійної взаємодії; а також різноманітні психосоматичні розлади [2].

Одним із цікавих теоретичних підходів до аналізу професійного вигорання є модель Дж. Гринберга, яка водночас дає змогу застосовувати її для первинної діагностики стану. Автор описує емоційне вигорання як процес, що розгортається у п'ять стадій. Перша стадія, відома як «медовий місяць», характеризується тим, що працівник отримує задоволення від виконання професійних обов'язків і працює з ентузіазмом. Однак у міру накопичення стресових ситуацій рівень задоволення поступово знижується.

На другій стадії з'являється втома, апатія та порушення сну. Якщо працівник не отримує додаткової підтримки чи мотивації, поступово слабшає інтерес до виконання роботи, знижується продуктивність і починають проявлятися труднощі з дотриманням трудової дисципліни. Іноді надмірно висока внутрішня мотивація також може сприяти виснаженню, оскільки людина витрачає значно більше ресурсів, ніж може відновити, хоча на цьому етапі здоров'ю ще не завдається критичної шкоди.

Третя стадія проявляється хронічними симптомами: надмірним робочим навантаженням, відсутністю повноцінного відпочинку, погіршенням фізичного самопочуття, появою захворювань, емоційними зривами, дратівливістю та наростанням відчуття безсилля.

На четвертій, кризовій стадії погіршення здоров'я стає настільки суттєвим, що може призвести до часткової або повної втрати працездатності. Зростає незадоволеність собою, професійним шляхом і якістю життя загалом.

П'ята стадія означає кульмінацію процесу вигорання: фізичні та психологічні проблеми загострюються, а вже наявні захворювання починають становити серйозну загрозу для життя людини. Таким чином, накопичені труднощі в професійній діяльності здатні не лише негативно впливати на стан здоров'я, а й ставити під ризик подальший кар'єрний розвиток фахівця [21, с. 448].

1.1.4 Структура, симптоматика та класифікації професійного вигорання

Симптоматика та чинники професійного вигорання характеризуються значною варіативністю, оскільки це явище має багаторівневу природу та формується під впливом взаємодії індивідуальних, організаційних і соціально-психологічних факторів. Нижче узагальнено основні підходи до класифікації причин і проявів вигорання, представлені в сучасних дослідженнях.

Причини виникнення професійних деформацій є надзвичайно різноманітними, і прояви цього феномену можуть бути як зовнішніми, так і внутрішніми за своєю природою. Значною мірою вони визначаються індивідуальними психологічними характеристиками людини — рівнем стресостійкості, типом темпераменту, мотиваційними особливостями та іншими рисами. Водночас важливу роль відіграють і професійні чинники, такі як тривалість стажу, умови матеріального забезпечення, особливості взаємин у трудовому колективі чи можливості кар'єрного розвитку [32].

У дослідженнях емоційного вигорання зазвичай виокремлюють кілька основних груп чинників. Організаційні (робочі) фактори пов'язані з особливостями організаційної культури, рівнем складності професійних завдань та ступенем відповідальності, яку несе працівник. Соціальні (статусно-рольові) чинники охоплюють взаємини з колегами, можливі конфлікти,

соціальний статус фахівця, дистанціювання референтної групи чи порушення його професійних прав. Психологічні (індивідуально-особистісні) аспекти стосуються характерологічних рис, особливостей мислення та інтерпретаційних схем, через які людина сприймає життєві ситуації. До біологічних і соціально-демографічних чинників належать вік, стать і тривалість професійної діяльності [2].

Дослідники виділяють цілу низку чинників, що підвищують ризик розвитку синдрому вигорання. До них належать надмірно щільний або нестабільний робочий графік, інтенсивна психоемоційна діяльність, недостатня підтримка з боку колег і керівництва, а також надлишок рутинної документаційної роботи. Важливими чинниками є низький рівень заробітної плати, невизначеність у професійній оцінці результатів, відсутність можливості впливати на підсумок роботи та наявність обставин, що не залежать від працівника, зокрема несправне обладнання чи нестача необхідних ресурсів. Додатковими факторами виступають суперечливі вимоги до виконання завдань, постійний тиск і загроза санкцій, одноманітність професійної діяльності, необхідність демонструвати емоції, що не відповідають внутрішньому стану, дефіцит особистого часу, постійне негативне оцінювання виконаної роботи, неупорядкованість робочого процесу та атмосфера нездорової конкуренції в колективі.

Окрему групу становлять особистісні якості, що підвищують імовірність виникнення синдрому вигорання. До них належать підвищена емоційність і чутливість до проблем інших людей, труднощі з плануванням власного часу, схильність до надмірного самоконтролю чи самопожертви, високий рівень відповідальності та завищені особистісні стандарти. Також ризик зростає за умов низької самооцінки, схильності пригнічувати негативні емоції чи раціоналізувати власну поведінку, а також за схильності до тривожних реакцій, особливо коли реальні ситуації не збігаються з особистими очікуваннями або соціальними вимогами [11, с. 34].

У класифікації В.В. Бойка виокремлюється комплекс зовнішніх та

внутрішніх передумов, що сприяють формуванню професійного вигорання. До організаційних чинників належать умови матеріального середовища, специфіка професійних завдань, особливості соціально-психологічного клімату, рівень комунікативної компетентності, хронічне психоемоційне напруження та підвищена відповідальність за виконання робочих функцій. Дослідження показують, що високий рівень вигорання переважно пов'язаний із пасивними стратегіями подолання стресу, тоді як здатність активно протистояти стресовим впливам асоціюється з нижчими показниками емоційного виснаження. До внутрішніх, або індивідуально-особистісних, чинників належать схильність до емоційної ригідності, висока інтенсивність внутрішнього переживання професійних ситуацій, недостатня мотивація до емоційної віддачі у роботі, а також етичні труднощі та дезорієнтація у системі особистісних цінностей [21, с. 448].

Процес розвитку емоційного вигорання має індивідуальний характер і формується під впливом особливостей емоційно-мотиваційної сфери людини та умов, у яких здійснюється професійна діяльність. Це явище розгортається поступово: перший етап зазвичай триває близько 3–5 років, другий охоплює приблизно 5–15 років, а третій може тривати від 10 до 20 років. У підсумку тривале прогресування вигорання нерідко призводить до значного погіршення фізичного здоров'я, загострення наявних хронічних захворювань та розвитку психосоматичних розладів.

Емпіричні дослідження вигорання, як правило, більше зосереджуються на факторах роботи, ніж на інших типах змінних. Це узгоджується з більшістю запропонованих концептуальних моделей. Так, дослідники вивчили такі змінні, як задоволеність роботою, стрес на роботі (робоче навантаження, рольовий конфлікт і рольова неоднозначність), відмова від роботи (плинність кадрів, прогули), очікування від роботи, відносини з колегами і керівниками (соціальна підтримка на робочому місці), відносини з клієнтами, завантаженість справами, тип посади і часу роботи, політика агентства і так далі. Особистісними факторами, які були вивчені, найчастіше є демографічні змінні (стать, вік,

сімейний стан тощо). Крім того, певна увага була приділена особистісним змінним (локус контролю, витривалість), особистому здоров'ю, відносинам з сім'єю та друзями (соціальна підтримка вдома), а також особистим цінностям і зобов'язанням. Загалом фактори роботи сильніше пов'язані з вигоранням, ніж біографічні чи особистісні [49, с.7].

Дослідження, присвячені проявам професійного вигорання у представників різних соціальних сфер, дали змогу умовно поділити його симптоми на фізичні, поведінкові, психологічні, а також на зовнішні та внутрішні чинники. До фізичних симптомів належать постійна втома, відчуття виснаження, часті головні болі, зміна маси тіла та порушення сну. Поведінкові й психологічні прояви включають зниження професійного ентузіазму, відчуття розчарування, невпевненість у власних силах, появу провини та відчуття непотрібності, дратівливість, підозрілість, ригідність, труднощі у прийнятті рішень, а інколи — зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами. До зовнішніх причин належать соціальна та економічна нестабільність, криза духовних, моральних, правових і ціннісних норм, низький рівень правового захисту особистості в суспільстві та негативні суспільні стереотипи. Внутрішні чинники охоплюють вплив негативних прикладів у професійному середовищі, низьку моральну культуру колективу, брак можливостей для професійного розвитку, тривалу фізичну, емоційну та моральну втому, а також невідповідність між умовами праці, рівнем кваліфікації та матеріальною винагородою [21, с.449].

«Досліджуючи групи симптомів, характерних для синдрому психоемоційного «вигорання», Матвієнко О. пропонує розподіливши їх між фізичною, емоційною, поведінковою, інтелектуальною та соціальною сферами життєдіяльності людської особистості, відповідно до модифікованої табл. 1.1 (за П. І. Сидоровим, 2005)» [20].

Таблиця 1.1

**Групи симптомів, характерних для синдрому психоемоційного
«вигорання»**

п/п	Найменування ключової групи ознак	Конкретна симптоматика (опис ознак «вигорання»)
1	Група фізичних симптомів	Стомленість, фізична втома, виснаження; зміна маси тіла (схуднення або збільшення маси тіла); недостатній сон, безсоння; незадовільний загальний стан здоров'я; важке дихання, задишка; нудота, запаморочення, надмірна пітливість, тремтіння тіла; артеріальна гіпертензія; виразки і запалення на шкірі та слизових оболонках, патологічні вияви хвороб серця та судин.
2	Група емоційних симптомів	Нестача емоцій; песимізм, цинізм і черствість у роботі та особистому житті; байдужість, втома; відчуття безпомічності та безнадійності; агресивність, дратівливість; тривога, посилення ірраціонального неспокою; нездатність зосередитися; депресія, відчуття провини; істерики, душевні страждання; втрата ідеалів, надії або професійних перспектив; збільшення деперсоналізації своєї чи інших: люди стають безликими, як манекени; переважає відчуття самотності.
3	Група інтелектуальних симптомів	Зниження інтересу до нових теорій та ідей у роботі, до альтернативних підходів у вирішенні проблем; нудьга, туга, апатія; втрата смаку та інтересу до життя; надання переваги стандартним шаблонам, схемам, рутині, ніж креативно творчому підходу; цинізм і байдужість до новин; недостатня участь чи відмова від участі у творчих експериментах — тренінгах, освітніх циклах, курсах; формалізм у виконанні роботи.
4	Група поведінкових симптомів	Робочий час — понад 45 годин на тиждень; під час роботи з'являються втома і бажання відпочити; байдужість до їжі; недостатнє фізичне навантаження; виправдання вживання тютюну, алкоголю, ліків; нещасні випадки — падіння, травми, аварії та ін.; імпульсивна емоційна поведінка.
5	Група соціальних симптомів	Низька соціальна активність; зниження інтересу до дозвілля, захоплень; соціальні контакти обмежуються роботою; байдужість у ставленні до співробітників та рідних; відчуття ізоляції, непорозуміння з іншими; відчуття нестачі підтримки з боку сім'ї, родичів, друзів і колег.

Наведена класифікація демонструє багатовимірність проявів вигорання та підкреслює необхідність комплексного аналізу не лише фізичних, але й

когнітивних, поведінкових і соціально-психологічних характеристик стану фахівця.

У дослідженні Д. Дейлі (1975), присвяченому проблемі вигорання серед соціальних працівників служб захисту дітей, описано характерні поведінкові зміни, які часто спостерігаються у фахівців із високим рівнем емоційного виснаження. Зокрема, працівники починають різко відокремлювати особисту сферу від професійної, запроваджуючи жорстке правило не обговорювати роботу вдома. Контакти з клієнтами також скорочуються до мінімуму: збільшується фізична дистанція, зменшується тривалість інтерв'ю, скасовуються зустрічі, а взаємодія замінюється телефонними розмовами. Виконання службових обов'язків стає суто формальним, що нагадує ригідність, описану Г. Фрейденбергером, а клієнти сприймаються не як люди, а як окремі кейси. Одним із найвиразніших індикаторів такого стану є ситуація, коли працівник витрачає дедалі більше енергії, але при цьому досягає значно менших результатів. За словами Д. Дейлі, керівникам варто особливо ретельно стежити за такими проявами, оскільки вони свідчать про небезпечний рівень професійного вигорання [49, с.5].

Вигорання у процесі професійної діяльності нерідко супроводжується різними формами відмови від роботи, серед яких спостерігаються прогули, намір звільнитися або фактична плинність кадрів. У тих працівників, які продовжують виконувати свої обов'язки, емоційне виснаження проявляється у зниженні продуктивності та загальної ефективності, що водночас веде до зменшення задоволеності роботою і послаблення прихильності до професії чи організації. Окрім цього, люди, які перебувають у стані вигорання, можуть негативно впливати на колектив: вони частіше провокують міжособистісні конфлікти, зриви в роботі та ненавмисно поширюють своє емоційне виснаження через неформальні взаємодії. Таким чином, вигорання має тенденцію передаватися іншим, а також може спричиняти додаткові небажані наслідки у функціонуванні робочого середовища [46, с.406].

1.1.5 Міжнародні дані

Актуальність проблеми професійного вигорання медичного персоналу підтверджується й новітніми міжнародними даними. Зокрема, у 2025 році World Economic Forum оприлюднив масштабний аналітичний огляд стану психічного здоров'я медичних працівників у країнах Європейського регіону, який засвідчує глибину та системність кризи. За результатами цього дослідження, кожен третій лікар і медична сестра демонструють клінічно значущі симптоми депресії або тривожних розладів, що свідчить про високий рівень емоційного виснаження серед представників медичних професій. Ще більш тривожним є показник, згідно з яким приблизно 10 % медичних працівників мали суїцидальні думки або переживали психічний стан, близький до суїцидальної кризи. Ці дані свідчать про зростання частки медиків із тяжкими формами професійного та емоційного виснаження.

Крім того, огляд WEF (2025) виявив суттєві організаційні та соціальні фактори, які підсилюють ризики вигорання. Зокрема, понад 25 % лікарів працюють більш як 50 годин на тиждень, що супроводжується хронічним недосипанням та порушенням балансу між роботою й відпочинком. Значна частина медичного персоналу зайнята на тимчасових або нестабільних контрактах, що підвищує рівень невизначеності та тривоги щодо професійного майбутнього. Додаткову загрозу становить високий рівень насильства на робочому місці: за даними дослідження, кожен третій медичний працівник стикається з погрозами, залякуванням або психологічним тиском, а кожен десятий — із фізичною агресією чи сексуальними домаганнями. Комбінація цих факторів суттєво збільшує ймовірність розвитку вигорання, оскільки поєднує надмірне навантаження, нестабільність та небезпеку — ключові стресори, характерні для професій медичної сфери.

Узагальнюючи наведені міжнародні дані, можна стверджувати, що професійне вигорання медичного персоналу в сучасних умовах є не лише

індивідуально-психологічним феноменом, але й результатом впливу системних організаційних чинників. Висока інтенсивність праці, нестабільні трудові умови, дефіцит ресурсів, емоційно насичений характер роботи та ризики насильства створюють середовище, у якому ймовірність розвитку вигорання істотно зростає. У контексті України, особливо в умовах воєнних дій, ці фактори можуть посилюватися додатковими стресогенними обставинами, що робить проблему вигорання цивільного медичного персоналу тилкових госпіталів особливо актуальною та вимагає комплексного вивчення [54].

Аналогічні результати демонструє й дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я (2025), що додатково підтверджує системний характер проблеми на рівні країн Європейського регіону.

У сучасній світовій медичній спільноті проблема професійного вигорання розглядається як один із ключових викликів охорони здоров'я. Згідно з результатами масштабного дослідження, проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 2025 році серед лікарів та медичних сестер країн ЄС, Ісландії та Норвегії, кожен третій медичний працівник демонструє клінічно значущі симптоми тривоги та депресії, а понад 10% повідомляють про суїцидальні думки. За даними ВООЗ (2025), різні форми агресії на робочому місці надзвичайно поширені: близько третини медичних працівників стикаються з булінгом чи погрозами, а ще 10% повідомляють про фізичне насильство або сексуальні домагання. Сукупно це свідчить про те, що більшість медичного персоналу зазнає тих чи інших проявів насильства. Значний внесок у розвиток емоційного виснаження має і надмірна тривалість робочого часу: робота понад 50 годин на тиждень достовірно підвищує рівень тривоги, депресії та емоційного виснаження. Ці дані свідчать, що професійне вигорання є не лише індивідуальною проблемою працівника, а системним явищем, яке впливає на ефективність функціонування медичної галузі та потребує комплексних профілактичних заходів [53].

1.1.6 Українські дані

У контексті європейських тенденцій особливо важливо враховувати специфіку українського медичного середовища, де окремим чинником ризику виступає недостатня поінформованість працівників щодо нормативних механізмів профілактики вигорання.

В Україні важливим аспектом дослідження професійного вигорання є рівень обізнаності медичних працівників із чинною нормативною базою щодо його профілактики. За даними Іващенко Р.О. та Григорова М.М. (2025), у вибірці з 221 медичного працівника середній індекс нормативної обізнаності становив лише 53,2 %, а 72,6 % респондентів продемонстрували низький рівень (< 40 %). Лише 19,3 % медиків регулярно використовують нормативні документи у своїй практиці, тоді як понад половина (55,7 %) не звертається до них зовсім. Автори також зафіксували статистично значущі відмінності залежно від стажу та посади ($F = 12,54$; $p < 0,001$; $F = 7,89$; $p = 0,002$) і підкреслили, що 78,3 % працівників отримують інформацію з неофіційних інтернет-джерел. Це свідчить про суттєвий розрив між наявністю нормативної бази та її реальним застосуванням у медичній сфері, що ускладнює профілактику професійного вигорання на системному рівні [12].

В умовах повномасштабної війни в Україні науковий інтерес до проблеми професійного вигорання медичних працівників значно зріс, що зумовлено різким погіршенням умов праці, хронічною втомою та постійним впливом травматичних подій.

Актуальні українські джерела також вказують на зростання психологічного навантаження на медичних працівників у період війни. У дослідженні А. Сич (2025) підкреслюється, що хронічна емоційна напруга, нестача відпочинку та висока інтенсивність роботи призводять до розвитку стійких симптомів емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень. Автор зазначає, що найуразливішими є фахівці, які

працюють у стаціонарах із підвищеним рівнем стресу, особливо медичні сестри та молодший медичний персонал. Підвищення рівня вигорання прямо пов'язане зі зниженням якості надання медичної допомоги, збільшенням кількості професійних помилок та погіршенням комунікації з пацієнтами, що актуалізує необхідність упровадження системних профілактичних програм [33].

1.1.7 Вигорання в екстремальних умовах і війні

Одним із наймасштабніших і найновіших досліджень є міжнародне крос-секційне дослідження Owos J. та співавторів (2024), проведене за участю українських лікарів та психологів. До вибірки увійшли 1037 медичних працівників з різних регіонів України. Результати продемонстрували надзвичайно високий рівень емоційного виснаження: 61 % респондентів мали високий показник за шкалою EE (Emotional Exhaustion), 33 % — сформовану деперсоналізацію (DP), а 47 % — знижену професійну ефективність (PA). Найуразливішими виявилися молодші медичні сестри та персонал, який безпосередньо працює з пораненими, що свідчить про високу залежність розвитку вигорання від характеру професійних обов'язків та інтенсивності контакту з травмою [48].

Отримані українські дані узгоджуються з міжнародними результатами, що стосуються впливу умов збройного конфлікту на психоемоційний стан медичного персоналу.

Подібні тенденції простежуються і в міжнародних дослідженнях воєнних конфліктів. Так, за даними Ahmead M. та співавторів (2024), серед медичних працівників, які працюють в умовах збройного протистояння, понад половина демонструє високий рівень емоційного виснаження, а близько 48 % — виражену деперсоналізацію. Автори підкреслюють, що ключовими предикторами вигорання є тривала експозиція до травматичних подій, нестача

ресурсів та підвищене робоче навантаження [42].

Значний внесок у сучасне розуміння впливу екстремальних умов на професійне вигорання медичного персоналу зроблено систематичним оглядом Liang Y. та ін. (2025). На основі 78 емпіричних досліджень автори продемонстрували, що робота в умовах надзвичайних ситуацій супроводжується прискореним формуванням емоційного виснаження, інтенсифікацією деперсоналізації та поступовим зниженням суб'єктивної професійної ефективності. Найбільш значущими предикторами виявилися дефіцит кадрових ресурсів, інтенсивність емоційного навантаження, подовжені робочі зміни та систематичний контакт з постраждалими. Ці результати набувають особливої ваги в контексті функціонування українських медичних закладів у період збройного конфлікту, адже вони емпірично підтверджують високий ризик розвитку комплексних форм професійного вигорання серед цивільного персоналу тилових госпіталів [50].

Систематичний огляд і метааналіз, проведений S. Ulaş та İ. Seçer (2025) і здійснений на основі даних 33 906 медичних працівників із 25 країн, виявив чітку та статистично значущу залежність між явищем вторинної травматизації та синдромом професійного вигорання. Автори встановили, що підвищення рівня вторинної травматизації супроводжується пропорційним зростанням емоційного виснаження ($r \approx 0,46$) та деперсоналізації ($r \approx 0,39$), що свідчить про тісний зв'язок між регулярним контактом із чужими травматичними подіями та розвитком професійного вигорання. У межах дослідження підкреслено, що повторна експозиція до травматичних ситуацій — зокрема під час взаємодії з пораненими, пацієнтами у критичних станах або жертвами насильства — формує особливий тип професійного виснаження, який структурально відрізняється від вигорання, спричиненого переважно організаційними стресовими чинниками. Для українських умов ці результати є особливо значущими, оскільки цивільний медичний персонал тилових госпіталів у період повномасштабної війни постійно контактує з травматичним досвідом пацієнтів, що істотно підвищує ризик формування поєднаних проявів вторинної

травматизації та професійного вигорання [51].

Отже, міжнародні дані демонструють, що вигорання формується як унаслідок організаційних, так і психотравматичних чинників. Подібна картина спостерігається й в Україні.

1.1.8 Профілактика професійного вигорання

Дослідники К. Лаврова та А. Левін пропонують низку підходів до профілактики та запобігання емоційному вигоранню. Вони наголошують на важливості підтримання особистих інтересів, не пов'язаних із професійною діяльністю, а також на бажаності урізноманітнення робочих завдань і щоденної рутини. Значну роль відіграє дотримання здорового режиму сну й харчування, особливо в періоди зниженої кількості вітамінів, а також використання технік медитації та дихальних вправ для зняття напруги перед відпочинком. Автори рекомендують не боятися пробувати нові заняття, формувати звичку працювати у спокійному темпі та давати собі достатньо часу для досягнення результатів. Важливо братися лише за ті завдання, які людина реально може виконати, читати художню літературу для переключення мислення й стимулювання уяви, а також брати участь у конференціях і семінарах для обміну досвідом. За можливості корисно створювати професійні групи для обговорення особистих труднощів, пов'язаних із роботою. Обов'язковим елементом профілактики є наявність хобі, яке приносить задоволення та допомагає відновлюватися після робочого дня, оскільки стирання меж між професійним і особистим життям посилює вигорання. Додатково фахівці радять забезпечувати регулярну фізичну активність — щодня або кожні два дні, зокрема за допомогою тренувань, зарядки чи пробіжок [18].

Примітно, що більшість обговорень щодо заходів подолання вигорання переважно зосереджується на індивідуально спрямованих рішеннях, зокрема на

тимчасовому відстороненні працівника від роботи або на стратегіях, які мають зміцнити особисті ресурси та змінити поведінку самого фахівця. Такий акцент виглядає доволі суперечливим, адже численні дослідження свідчать, що вирішальний вплив на розвиток вигорання мають саме ситуаційні та організаційні умови, а не особистісні характеристики. Попри це, індивідуальні підходи, зокрема формування навичок ефективного подолання труднощів чи освоєння технік глибокої релаксації, здатні частково зменшувати інтенсивність емоційного виснаження [46, с.418].

Прикладний характер досліджень вигорання спричинив заклики до ефективної інтервенції в усій науковій літературі. Ця перспектива спонукала до значних зусиль, але відносно мало систематичних досліджень. Були запропоновані різні стратегії втручання — одні намагаються лікувати вигорання після того, як воно виникло, тоді як інші зосереджуються на тому, як запобігти вигоранню.

1.1.9 Нерозв'язані питання та напрями досліджень

Попри значний науковий поступ і наявність перспектив подальшого розвитку, низка аспектів, пов'язаних із природою професійного вигорання, досі залишається невирішеною. Дослідники наголошують щонайменше на трьох ключових питаннях. Перше полягає в тому, чи можна розглядати вигорання як окремий синдром, відмінний від таких споріднених явищ, як робочий стрес, депресивні стани чи незадоволеність роботою. Друге питання стосується того, чи пов'язаний феномен вигорання виключно з професіями соціальної сфери, чи він має ширший характер і може проявлятися в інших видах діяльності або навіть поза межами робочого середовища. Третє питання — чи існують чіткі діагностичні критерії, які дозволили б однозначно ідентифікувати вигорання у конкретної людини [55].

1.2 Психологічні чинники та індивідуальні особливості професійного вигорання медичного персоналу

1.2.1 Психологічні чинники професійного вигорання

Психологічні чинники професійного вигорання формуються у взаємодії зовнішніх та внутрішніх факторів. Нижче подано узагальнений опис ключових чинників, виявлених у сучасних емпіричних та теоретичних дослідженнях.

Професійна діяльність у сучасних медичних закладах відзначається високим рівнем динамічності та емоційної напруги, що потребує постійної концентрації, уважності та контролю за власними діями і взаємодією з пацієнтами та колегами. У таких умовах на працівника впливає значна кількість стресогенних чинників, які накопичуються у різних сферах життєдіяльності. Важливу роль при цьому відіграє відчуття контролю над ситуацією. За наявності адекватних, адаптивних реакцій медичний фахівець демонструє вищу ефективність, стабільніше функціонування та зростання впевненості. Натомість дезадаптивні способи реагування формують тенденцію до поступового погіршення стану, що зрештою призводить до емоційного вигорання. Коли вимоги (як зовнішнього, так і внутрішнього характеру) систематично перевищують доступні ресурси, відбувається порушення внутрішньої рівноваги. Тривале чи прогресуюче її порушення неминує трансформуватися у розвиток емоційного вигорання, яке виступає не просто реакцією на стрес, а наслідком його хронічної некерованості [41]. «Значний вплив має інтенсивне спілкування з різними людьми впродовж тривалого часу з метою вирішення їх проблем, публічність, емоційно напружена атмосфера і постійний контроль правильності своїх дій. З часом усе це може спричинити внутрішнє роздратування й емоційну нестабільність» [40].

У професійній діяльності медичного працівника виокремлюють кілька

ключових груп джерел стресу: організаційні, ситуаційні (загальні та специфічні) та особистісні. Для наочності їх структурну характеристику подано в табл. 1.2 [9].

Таблиця 1.2

Ключові групи стресогенних чинників у професійній діяльності медичного персоналу

Група чинників	Зміст (основні стресори)
Організаційні стресори	• обмежені можливості для кар'єрного зростання; • надмірна кількість обов'язкових освітніх і практичних вимог; • недостатньо ефективні служби підтримки персоналу.
Ситуаційні стресори (загальні)	• брак фахових знань; • необхідність взаємодії з пацієнтами з критичним або негативним ставленням; • складність і багатогранність етичних рішень; • відсутність або слабкість системи психологічної підтримки.
Ситуаційні стресори (специфічні)	• недостатній професійний досвід; • значне фізичне та емоційне навантаження; • труднощі у взаємодії з колегами; • проблеми в комунікації з пацієнтами та їх родинами; • висока смертність у відділенні.
Особистісні стресори	• низька здатність до подолання труднощів; • несприятливий соціально-економічний статус; • психічні розлади, зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами; • сімейні або особистісні кризи; • конфлікти в колективі або з пацієнтами; • смерть пацієнта, з яким сформувався емоційний зв'язок; • труднощі адаптації у новому відділенні; • нестача вільного часу.

Узагальнення ключових стресорів дозволяє краще зрозуміти багатовимірність чинників, що сприяють розвитку професійного вигорання. У цьому контексті показовою є класифікація А. В. Балахонова, який «виокремлює три типи факторів у виникненні синдрому емоційного вигорання в медичного персоналу:

1. Соціальний фактор.

2. Особистісний фактор. «Згорають», як правило, професіонали, для яких діяльність значуща, передбачає відоме емоційне ставлення, орієнтацію на інших людей.

3. Фактор середовища (місця роботи). Комунікація з колегами, атмосфера в колективі, спільне виконання професійних завдань у рамках гуманістичного ціннісного підходу. Умови роботи: матеріально-технічна база, фармакологічне забезпечення, добові чергування й відсутність повноцінного відпочинку після них» [4].

«З 2014 р. до 2019 р. вченими Xiu-Jie Zhang, Yingqian Song, Tongtong Jiang, Ning Ding, Tie-Ying Shi проводилися дослідження в Cochrane Library, PubMed, Ovid, Scopus, EBSCO та CINAHL.

Дані про поширеність вигорання були отримані з 182 досліджень за участю 109628 лікарів у 45 країнах, де загальна поширеність коливалась від 0% до 80,5%, емоційного виснаження від 0% до 86,2%, деперсоналізації від 0% до 89,9% і низьких особистих досягнень 0% до 87,1%. Серед лікарів у Китаї (9302 учасники з 11 досліджень) поширеність синдрому вигорання коливалась від 66,5% до 87,8%. Найвищий рівень вигорання був зареєстрований серед медсестер, хоча всі надавачі медичних послуг показали високий рівень вигорання і поширеність зростає в останні роки. Вигорені лікарі та медсестри не тільки страждають від більшої кількості зловживань психоактивними речовинами, порушених міжособистісних стосунків та думок про самогубство. Вони також переважно вірять, що надають медичну допомогу нижчої якості, а пацієнти, здається, менш задоволені вигорілими лікарями і медсестрами (що впливає на результати пацієнтів, з точки зору досвіду пацієнтів, якості медичної допомоги та медичних помилок)» [55].

У порівнянні з іншими професійними групами лікарі характеризуються підвищеним ризиком формування синдрому емоційного вигорання. Початок цього процесу простежується ще на етапі навчання в медичному університеті, оскільки освітній шлях у медицині відзначається значною складністю, високими вимогами та насиченістю стресогенними чинниками. Одним із визначальних індивідуальних факторів ризику є трансформація ціннісних орієнтацій студентів, зокрема зниження значущості власного здоров'я та психологічного благополуччя, що прискорює перехід до фази виснаження.

Таким чином, вигорання починає формуватися ще до входження в професійну діяльність. Подальше професійне становлення супроводжується зіткненням молодих лікарів з численними стресовими обставинами, кожна з яких сприяє погіршенню емоційного стану та підсилює ризик розвитку емоційного вигорання [2].

1.2.2 Індивідуальні особливості персоналу

«До індивідуальних факторів, що прискорюють емоційне вигорання лікарів, належать:

- стать – жінки більш схильні до емоційного вигорання;
- вік – молодші лікарі більш схильні до емоційного вигорання;
- вік дітей – наявність дитини, молодшої 21 року, також пов'язана з підвищенням ризику емоційного вигорання на 53 %;
- професія партнера/партнерки – якщо партнер/партнерка зайнятий/та не в медичній сфері, це підвищує ризик вигорання на 23 %;
- витрати на освіту;
- сімейний стан» [19].

Оскільки професійна діяльність у медицині безпосередньо стосується здоров'я пацієнтів, брак досвіду та недостатній рівень практичних умінь викликають у лікаря особливо сильне емоційне напруження щодо можливих наслідків власних дій. Додатковими стресорами виступають складні стосунки в колективі та з керівництвом, недостатня матеріальна мотивація, надмірне робоче навантаження, незадовільні умови праці, дисбаланс між очікуваною та реальною відповідальністю, а також обмежені можливості для професійного розвитку.

Фізичні прояви синдрому професійного вигорання охоплюють хронічну втому, головний біль, труднощі з концентрацією, фізичне виснаження,

уповільнення реакцій, сонливість, безсоння та коливання маси тіла. Для лікарів подібні стани є особливо загрозливими, оскільки їхня робота потребує високої швидкості мислення, точності й максимальної зібраності. До психологічних симптомів належать апатія, депресивні прояви, підвищена дратівливість, песимістичне сприйняття ситуацій, нервові зриви, відчуття тривоги та страху невідповідності професійним обов'язкам [7].

«За даними англійських дослідників, серед лікарів виявляється високий рівень тривоги (41 % випадків), клінічно вираженої депресії (26 % випадків). Третина лікарів використовує медикаментозні засоби для корекції емоційної напруги, кількість вживаного алкоголю перевищує середній рівень» [19].

Результати дослідження Г. Мироненка демонструють зв'язок між рівнем прояву емоційного вигорання та характером професійної поведінки лікарів. У фахівців із низьким ступенем вираженості вигорання переважає активний стиль подолання труднощів, прагнення ефективно вирішувати професійні завдання та відчуття успіху у своїй діяльності. У взаємодії з колегами вони частіше проявляють лідерські риси та не схильні до конформної поведінки. Натомість у лікарів із високою мірою емоційного вигорання домінує уникнення ситуацій, пов'язаних із невдачею, а також виражене незадоволення можливостями кар'єрного розвитку. У спілкуванні вони частіше демонструють компромісність і конформність [37].

Дослідження показують, що лікарі з проявами синдрому професійного вигорання частіше припускаються медичних помилок і надають пацієнтам допомогу нижчої якості. Наукові джерела також свідчать, що вигорання у лікарів суттєво знижує рівень професійної задоволеності, скорочує тривалість активної професійної діяльності та погіршує якість медичних послуг [36].

1.2.3 Професійна специфіка лікарів і медсестер

Професійна діяльність лікаря вирізняється постійною взаємодією з пацієнтами та їхніми родичами, а також безперервною відповідальністю за життя людини, що створює високий рівень емоційного напруження. Додатковими чинниками, які сприяють розвитку професійного вигорання, є конфліктні або нестабільні стосунки в колективі, висока плинність кадрів, низький рівень оплати праці, несприятливі умови роботи, конкурентне середовище, недостатня фізична активність, наявність шкідливих звичок, понаднормові зміни та неоплачувані переробки. Синдром вигорання формується поступово й розглядається як результат психологічних механізмів захисту у відповідь на тривалу дію психотравмувальних факторів. Особливо високий ризик його виникнення відзначається у фахівців, які працюють із людьми похилого віку, хронічно або термінально хворими пацієнтами, а також з новонародженими, що потребують постійного інтенсивного догляду. В умовах значного навантаження, зокрема при великій кількості пацієнтів, у лікарів і медичних сестер частіше спостерігаються прояви вигорання у вигляді емоційної відстороненості, зниження здатності до емпатії, неадекватного реагування на пацієнтів та колег, а також виснаження, яке зумовлює скорочення професійних функцій і негативно позначається на особистому житті [40].

Професійна діяльність середнього медичного персоналу відзначається високою емоційною напруженістю, значним психофізичним навантаженням і великою кількістю факторів, що спричиняють стрес. Вигорання в цьому контексті частково виконує функціональну роль, оскільки дозволяє медичним працівникам економно витрачати свої енергетичні ресурси. Проте за певних умов воно набуває дисфункціональних рис і починає негативно впливати на професійну діяльність, що зумовлює актуальність дослідження цього явища. Робочий день медичної сестри побудований на постійному контакті з людьми,

зокрема з пацієнтами, які потребують безперервної уваги та догляду. Зіткнення з їхніми негативними емоціями призводить до того, що медсестра мимоволі емоційно включається у ці переживання, що підсилює її власне емоційне напруження [16].

Медична сестра належить до найбільш вразливих професій у галузі охорони здоров'я, оскільки саме на представників цієї спеціальності припадає значна частина емоційних, фізичних і комунікативних навантажень. Емоційне вигорання серед медсестер зумовлюється комплексом соціодемографічних і професійних чинників, частина яких перетинається з факторами ризику у лікарів, тоді як інші є специфічними саме для середнього медичного персоналу. Доведено, що вигорання у медичних сестер розвивається швидше, ніж у лікарів, що пояснюється підвищеним робочим навантаженням, цілодобовими змінами та низкою додаткових професійних стресорів. Хоча професійна діяльність медсестри покликана бути джерелом самореалізації, соціально значущих результатів і почуття професійної важливості, фактичні умови роботи часто цього не забезпечують.

Результати дослідження del Carmen Pérez-Fuentes та співавторів, проведеного за участю 1 307 медсестер, продемонстрували значущий вплив соціально-демографічних та психологічних змінних на розвиток емоційного вигорання. Зокрема, вищі показники вигорання спостерігалися у фахівців із тривалим безперервним стажем, у тих, хто щоденно обслуговує велику кількість пацієнтів, а також серед медсестер чоловічої статі. Вагомими чинниками ризику емоційного виснаження в госпітальних умовах є недостатня матеріально-технічна база, дефіцит обладнання, низька оплата праці, надмірні професійні обов'язки, нестача персоналу та обмежене професійне визнання.

Отримані результати узгоджуються з іншими науковими даними, які підкреслюють, що зменшення чисельності персоналу, напружені взаємини в мультидисциплінарних командах і відсутність ефективного лідерства суттєво погіршують якість роботи середнього медичного персоналу. Додатково встановлено, що брак автономності разом із надмірним контролем з боку

адміністрації підсилює емоційне виснаження та деперсоналізацію, знижує професійну компетентність і послаблює відчуття контролю над робочими процесами. У своїй діяльності медсестри, так само як лікарі, перебувають у постійному контакті з пацієнтами, однак їхня комунікація часто має ще більш обслуговуючий характер. Вони проводять значно більше часу поруч із хронічно або невиліковно хворими, тривалий час спостерігаючи їхній біль та страждання, що додатково підсилює ризик розвитку емоційного вигорання [2].

Виникнення емоційного вигорання у медичних сестер значною мірою пов'язане зі специфікою їхньої професійної діяльності, у якій поєднуються високі емоційні, фізичні та організаційні навантаження. До ключових чинників, що сприяють розвитку цього синдрому, належать:

1. Монотонність професійних обов'язків, особливо тоді, коли виконувана робота сприймається як малозмістовна або позбавлена очевидного результату (наприклад, у хоспісах чи онкологічних відділеннях).
2. Необхідність значних особистісних вкладень за умов обмеженого позитивного зворотного зв'язку та недостатнього суспільного або професійного визнання.
3. Жорстка регламентація робочого часу, що ускладнюється нереалістичними термінами виконання завдань або роботою в умовах ненормованого графіку.
4. Взаємодія з тяжкими та немотивованими пацієнтами, які часто не приймають допомогу, а результат роботи залишається мінімальним або повільно помітним.
5. Конфліктні або напружені стосунки в колективі, а також недостатній рівень соціальної та професійної підтримки з боку колег.
6. Відсутність можливостей для професійного зростання, додаткового навчання чи підвищення кваліфікації.
7. Наявність особистісних чи життєвих труднощів, що посилюють професійний стрес і знижують емоційну стійкість.

8. Незадоволення обраною професією, сумніви щодо правильності професійного вибору та відчуття невідповідності власних можливостей вимогам роботи [8].

«Можливі причини, які роблять медсестер особливо вразливими до вигорання, можуть бути додатковий час, необхідний для виконання запитів пацієнтів та їхніх родин, брак поваги, командної роботи та співпраці між медсестрами та іншими медичними працівниками, а також погані навички подолання цих стресових факторів» [45].

«Додатковими чинниками можуть стати травматичні життєві ситуації: переживання важкого стресу внаслідок розлучення, хвороби чи смерті близької людини, інші психічні травми. І, поза сумнівом, особливу групу ризику становлять медичні сестри на ранніх етапах професіоналізації, які ще не адаптувалися до позначених вище особливостей праці» [38].

Наукові джерела описують три характерні типи медичних сестер, які є найбільш уразливими до розвитку синдрому емоційного вигорання. Перший тип — «педантичний», для якого притаманні надмірна сумлінність, хвороблива увага до деталей та постійне прагнення підтримувати ідеальний порядок, інколи навіть на шкоду власному стану. Другий тип — «демонстративний», що вирізняється потягом до лідерства, бажанням бути помітною та першою у всіх видах діяльності. Представники цього типу швидко виснажуються навіть під час виконання звичайних, рутинних завдань. Третій — «емотивний» тип, до якого належать особи з підвищеною чутливістю та вразливістю; їхня здатність глибоко співпереживати іншим часто переходить межу конструктивності та набуває саморуйнівного характеру.

Результати досліджень свідчать, що у медичних сестер, схильних до вигорання, спостерігаються такі прояви, як неадекватні емоційні реакції у взаємодії з пацієнтами та колегами, зниження рівня емоційної включеності, втрата здатності до емпатії, підвищена втомлюваність. Усе це поступово спричиняє скорочення обсягу професійних обов'язків і негативно відбивається на особистому житті [8].

Симптоматика синдрому емоційного вигорання у медичних сестер охоплює широкий спектр проявів — від незначних реакцій, таких як дратівливість чи швидка втомлюваність, до більш виражених невротичних станів і навіть психосоматичних порушень [38].

Кількість і вираженість симптомів можуть різнитися: у частини медичних працівників проявляється лише декілька ознак, тоді як в інших — практично весь їх спектр. За сформованого синдрому емоційного вигорання у персоналу часто домінують яскраво виражені невротичні стани астеничного характеру, що супроводжуються суттєвими психосоматичними розладами. Додатково спостерігається підвищений рівень психотизації, який може спричиняти імпульсивні форми поведінки [24, с. 292].

У розвитку СЕВ виділяють три основні стадії:

1) нервеве напруження — проявляється забуванням окремих моментів, збоями при виконанні рухових дій, «провалами у пам'яті» тощо (3–5 років);

2) опір — супроводжується зниженням зацікавленості роботою та спілкуванням (у тому числі вдома й із друзями), зростанням апатії наприкінці тижня, появою стійких соматичних симптомів (брак сил, головний біль, «важкий» сон без сновидінь, збільшення кількості простудних захворювань), посиленням дратівливості; у цей період медична сестра намагається уникати зайвих контактів (10–15 років);

3) емоційне вигорання (виснаження) — характеризується повною втратою інтересу до роботи й життя, емоційною байдужістю та хронічним відчуттям нестачі сил [17].

Емоційно виснажені медичні працівники поступово вимикають емоційну складову зі своєї професійної взаємодії: майже нічого не викликає у них щирого переживання чи емоційного відгуку. Це не вроджений дефект емоційної сфери й не прояв ригідності, а сформований з роками специфічний механізм захисту. Згодом виникає редукція професійних досягнень: працівник починає відчувати власну некомпетентність, неспроможність досягати успіху в професії. Втрачається мотивація до професійного та особистісного розвитку,

зростає схильність покладатися на шаблони, традиційні підходи, відзначається ригідність мисленнєвих операцій. У підсумку формується стійко негативне ставлення до себе, з'являється відчуття провини, що провокує підвищену тривожність, песимістичні очікування та депресивні прояви [36].

Емоційне вигорання розглядається як форма професійної деформації, яка негативно впливає на психічне здоров'я людини, знижує якість виконання професійних обов'язків та погіршує стосунки з оточенням. Коли емоційні реакції переходять у площину психосоматичних порушень, це свідчить про те, що механізми емоційного захисту більше не витримують постійно високих навантажень. Унаслідок цього неминуче виникають фізіологічні розлади: різко послаблюється імунна система та загострюються наявні хронічні захворювання [30].

У ході розвитку емоційного вигорання поступово виснажуються життєві ресурси людини, що проявляється стресом, хронічною втомою, безсонням, головним болем, апатією та іншими психосоматичними симптомами. У частини медичних працівників у такому стані зростає ризик зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами, а в окремих випадках — формування суїцидальних намірів, що підкреслює серйозність проблеми.

Для запобігання негативним наслідкам медичні заклади мають забезпечувати належні умови відпочинку персоналу, організовувати доступ до психологічної підтримки та здійснювати регулярний моніторинг психоемоційного стану працівників. Важливими є профілактичні тренінги, підтримка мотивації, ефективна комунікація та атмосфера взаємопідтримки в колективі, що сприяє збереженню професійної ефективності й готовності медичних працівників виконувати свої обов'язки на високому рівні [35].

1.2.4 Психологічні наслідки та роль емоційного інтелекту

Для запобігання синдрому професійного вигорання медичним працівникам необхідно раціонально планувати власне навантаження, вчасно перемикаючись між видами діяльності та конструктивно реагувати на робочі конфлікти. Надмірне прагнення до ідеальності спричиняє незадоволеність професійною діяльністю, тому важливо знижувати вимоги до другорядних завдань, підтримувати фахове зростання та зміцнювати самооцінку. Підтримання емоційної спрямованості, відчуття сенсу професії та дотримання етичних норм є необхідними умовами збереження психологічної стабільності.

Ефективність праці та стан здоров'я значною мірою залежать від збалансованого режиму роботи й відпочинку. Повноцінний сон, збалансоване харчування, регулярна фізична активність, перебування на свіжому повітрі та релаксаційні процедури (водні процедури, масаж, ароматерапія) допомагають попередити перенапруження. Для емоційного відновлення важливо підтримувати соціальні контакти, займатися улюбленими справами, застосовувати техніки релаксації, медитацію чи аутотренінг.

Ключовими умовами зменшення проявів вигорання серед медичних працівників є зниження надмірного робочого навантаження, підвищення професійної мотивації, справедлива оплата праці, а також уважне ставлення до власного емоційного стану. Переривання професійного розвитку й незадоволеність виконанням службових обов'язків підсилюють ризик депресивних проявів і сприяють формуванню синдрому емоційного вигорання [36].

«Теорія емоційного інтелекту припускає, що навички регуляції емоцій сприяють підтримці відповідних емоцій, зменшуючи або адаптуючи небажані емоції в собі та інших. Лікарі та медсестри постійно чергують виснаження та щастя. Стійкість — це місток від вигорання до здоров'я. Ґрунтуючись на попередніх теоріях і дослідженнях, лікарі та медсестри відчувають динамічну

зміну між синдромом вигорання та самопочуттям. Якщо для підвищення резильєнтності можуть бути прийняті позитивні стратегії втручання, частота вигорання лікарів і медсестер значно зменшується, а самопочуття покращується» [55]. Цей взаємозв'язок ілюструє Рис. 1.1, на якому показано, що розвиток резильєнтності через позитивні психологічні інтервенції (тренінги стрес-менеджменту, самодопомоги, командної взаємодії тощо) сприяє переходу від стану професійного вигорання до психологічного благополуччя медичних працівників [55].



Рис. 1.1 Шлях пакетної стратегії для зменшення виснаження лікарів і медсестер

Системи охорони здоров'я мають забезпечувати підтримку фізичного й психологічного благополуччя лікарів і медсестер, впроваджуючи науково підтверджені інтервенції, спрямовані на зміцнення здоров'я персоналу та підвищення якості й безпеки надання медичної допомоги [47].

Таким чином, емоційний інтелект виступає не лише особистісним ресурсом, але й механізмом регуляції професійного функціонування, що може бути інтегроване у програми профілактики вигорання для медичного персоналу.

1.3 Специфічні особливості професійного вигорання медичного персоналу в час воєнних дій

1.3.1 Психоемоційні та організаційні фактори вигорання медичних працівників у період воєнного стану

За даними сучасних досліджень, приблизно третина медичних працівників у будь-який момент часу може перебувати в стані професійного вигорання. Навіть у мирний період діяльність медиків супроводжується високим психоемоційним навантаженням, постійним контактом із тяжкохворими, паліативними та психіатричними пацієнтами, що підвищує ризик розвитку стресу, емоційного виснаження та депресивних проявів.

У період воєнного стану психоемоційне навантаження на медичних працівників зростає багаторазово. Робота у воєнних умовах потребує значно більшої мобілізації фізичних, психічних та психологічних ресурсів. Медики змушені виконувати свої професійні обов'язки під час повітряних тривог, у ситуаціях ракетної небезпеки, іноді — безпосередньо під обстрілами. Значна кількість фахівців долучається до волонтерської діяльності в зоні бойових дій, надає допомогу військовим на передовій, а дехто переживає полон або перебування на окупованих територіях.

У таких умовах медичні працівники щодня ведуть боротьбу не лише за життя та здоров'я кожного пацієнта, а й за власну безпеку та збереження власного ресурсу [13, с. 288].

Професійне вигорання медичного персоналу у воєнний період набуває особливої актуальності, оскільки інтенсивність навантаження, дефіцит ресурсів, нестабільність умов та повторний контакт із травматичними подіями створюють передумови для швидкого виснаження. Робота в умовах безперервної напруги посилює прояви емоційного виснаження, цинізму та

зниження професійної ефективності.

Актуальність проблеми професійного вигорання в умовах воєнного стану підкреслена і на державному рівні. Згідно з Методичними рекомендаціями МОЗ України (Наказ № 923 від 04.06.2025), до ключових психосоціальних факторів ризику, що впливають на формування вигорання у медичних працівників, належать надмірне робоче навантаження, тривалі зміни, обмеженість ресурсів, повторний контакт із травматичними подіями та необхідність ухвалення рішень в умовах високої відповідальності. МОЗ окремо наголошує на підвищеному ризику розвитку втоми співпереживання та вторинної травматизації серед фахівців, які працюють з пораненими, тяжкими або паліативними пацієнтами в умовах війни. Це підтверджує, що феномен професійного вигорання у медичного персоналу тилових госпіталів має комплексну природу та формується під впливом екстремальних умов професійної діяльності [23].

«Опинившись на порозі вибору – рятувати своє життя чи продовжити виконувати власні обов’язки – лікарі залишались вірними своєму громадянському обов’язку. Розуміючи ту небезпеку, на яку вони себе наражають, лікарі часто змушені робити вибір між власним життям, родиною, сім’єю на користь обов’язку. Ми розуміємо, що це найвища форма самопожертви» [25].

Війна в Україні суттєво підвищила навантаження на систему охорони здоров’я та призвела до погіршення психічного стану медичних працівників. Медики працюють у зонах підвищеної небезпеки, де існує ризик обстрілів, бойових дій та мінування, що створює пряму загрозу їхньому життю. Психоемоційний тиск зростає через необхідність надання допомоги важкопораненим, у тому числі дітям, та постійний контакт зі стражданням і смертю, що підвищує ризик емоційного виснаження та психологічних розладів.

Додатковим чинником є нестача ресурсів: дефіцит медикаментів, обладнання, засобів захисту та кадрові втрати внаслідок мобілізації. Це збільшує інтенсивність роботи та ускладнює надання належної допомоги. Медики також стикаються з морально-етичними дилемами під час масових

поранень, коли обмежені ресурси змушують визначати пріоритети у допомозі, що суперечить професійним цінностям. Травматичний досвід і безпосередня участь у кризових ситуаціях спричиняють високий ризик вторинної травматизації та глибоких психологічних наслідків [40].

Професійні ризики особливо загострюються у кризові періоди функціонування суспільства, що робить фахівців медичної та соціальної сфер вразливими до низки психоемоційних наслідків їхньої діяльності. Серед ключових ризиків виокремлюють:

- контрперенесення (травматичне контрперенесення) — емоційні реакції спеціаліста, що зумовлені його власними актуальними фізичними, соціально-психологічними чи внутрішньоособистісними конфліктами, які активуються проблемними ситуаціями клієнта;
- вторинну травматизацію (індуковану, секундарну, делеговану) — актуалізацію у медичного працівника власного травматичного досвіду під впливом роботи з пацієнтом, що може спричинювати повторне переживання травми або запускати механізми психологічного захисту з порушенням адаптивного функціонування;
- віктимізацію спеціаліста — стан, коли фахівець фактично стає «жертвою» замісної травматизації;
- професійне (емоційне) вигорання, яке проявляється як прогресуюча втрата психічної та фізичної енергії [3].

Тривале емоційне напруження неминуче спричинює вісцеровегетативні порушення, характерні для астенодепресивних і субдепресивних станів. Адаптивна чи патологічна відповідь на стрес залежить не лише від інтенсивності, тривалості й частоти стресорів, але й від індивідуальних характеристик — конституції, віку та статі. Найпоширеніші стресові реакції проявляються у психічній, кардіоваскулярній, дихальній та ендокринній сферах. У зв'язку з багатозначністю терміна «стрес» введено поняття «травматичний стрес», яке підкреслює його інтенсивність та потенціал психічної травматизації. Для військових лікарів поєднання бойових і

професійних стресорів може призводити до глибокого виснаження. Травматичний та вторинний стрес, співчутливе виснаження й професійне вигорання формують інтегральний ризик дезадаптації. Ймовірність розвитку виснаження зростає пропорційно кількості та силі його маркерів, що охоплюють когнітивну, емоційну, поведінкову, духовну, соматичну та соціальну сфери [31].

«Термін «виснаження медичного працівника» був уперше використаний у 1992 р. автором на ім'я Джоінсон (Joinson), який описав виснаження медичних сестер від щоденних невідкладних ситуацій у лікарні. Того ж року Котлер (Kottler) у книзі «Терапія співчуття» акцентував увагу на співчутті в допомозі складним пацієнтам та пацієнтам із сильним внутрішнім опором. Проте визначення самого терміну не було надано в жодній із книг» [27, с. 546].

Емоційне виснаження медичних працівників формується під впливом тривалої роботи в умовах дефіциту ресурсів, надмірного пацієнтопотоку та постійного контакту з тяжкими клінічними випадками [29].

Деперсоналізація часто виступає захисним механізмом від емоційного перенавантаження, коли медичні працівники починають демонструвати знижений рівень емпатії до пацієнтів — типовий прояв професійного вигорання. Редукція персональних досягнень формується під впливом хронічних ситуацій безпорадності, коли результативність лікування обмежується екстремальними умовами роботи. Додатковими чинниками ризику є велика кількість тяжко поранених, постійна загроза для власного життя, брак суспільної та інституційної підтримки. Негативний зворотний зв'язок від пацієнтів чи їхніх родин, а також недостатність особистісних і професійних ресурсів для подолання стресу, посилюють психічне виснаження та прискорюють розвиток емоційного вигорання [1].

Під час збройних конфліктів робоче навантаження медичних працівників різко зростає, що істотно підсилює ризики розвитку професійного вигорання. «Згідно з даними наукових досліджень, симптоми емоційного вигорання спостерігаються у 30-90% медичних працівників. Високий рівень тривожності

виявлено у 41% лікарів, а клінічно виражена депресія – у 26% випадків. Також зазначено, що у 26% медичних працівників періодично, а у 8% – часто з’являються суїцидальні думки. Третина медиків застосовують медикаментозні засоби для корекції емоційної напруги» [3].

Дослідження засвідчують, що рівень професійного вигорання серед медичного персоналу у зонах з активним насильством досягає критичних показників. Зокрема, медики в Сирії, Україні та Лівії демонструють високі рівні емоційного виснаження та деперсоналізації, спричинені великим потоком постраждалих і постійною загрозою для власного життя. За результатами перехресного дослідження, проведеного під час війни в Україні, емоційне виснаження було виявлено у 31,6% лікарів і 17,9% медсестер, а деперсоналізація — у 33,4% лікарів і 18,2% медсестер [44].

Результати, отримані за шкалою емоційного виснаження (ШЕВ) і представлені на Рис. 1.2, свідчать про суттєве погіршення психоемоційного стану медичних працівників у період війни порівняно з мирним часом. Якщо у мирний період високий рівень емоційного виснаження фіксувався у 52% респондентів, то під час війни цей показник зріс до 83%. Така тенденція відображає глибокий негативний вплив екстремальних умов праці та недостатності підтримувальних ресурсів на психологічне благополуччя медичного персоналу [14].

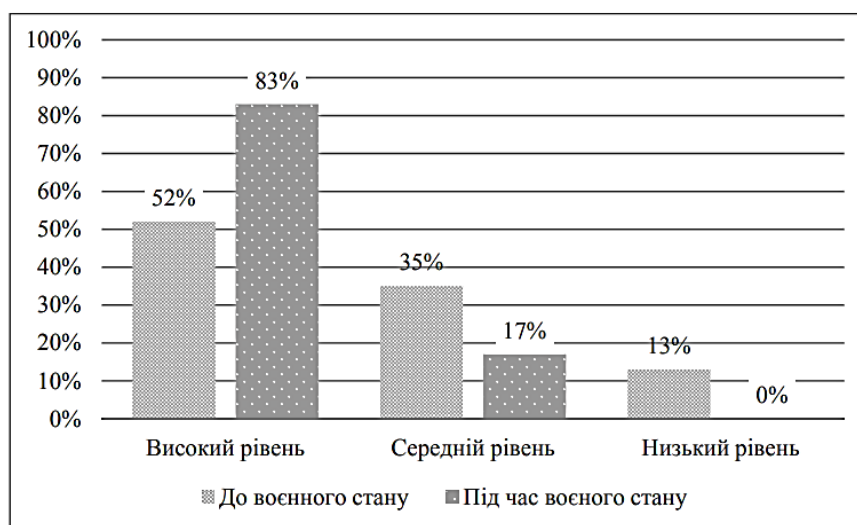


Рис. 1.2. Значення рівнів емоційного виснаження медичних працівників до та під час воєнного стану

1.3.2 Професійні групи ризику та клініко-психологічні прояви вигорання у військових та цивільних медичних працівників

Рівень емоційного вигорання військових медиків перебуває у тісному зв'язку з нервово-психічною стійкістю, особистісно-адаптаційним потенціалом та ступенем вираженості акцентуацій характеру. Важливими предикторами професійного стресу також виступають соціально-демографічні чинники — вік, освіта, посада та тривалість професійного стажу. Попри це, комплексні дослідження вигорання серед бойових медиків, фельдшерів і лікарів у контексті активних бойових дій практично відсутні.

Наявні дані свідчать про високий рівень психоемоційних порушень у цій групі. Так, у дослідженні Teresa A. Walters, Eric P. Matthews, Jason I. Dailey (2013) встановлено, що серед медичного персоналу військово-медичних установ 69,8% мали високі показники емоційного виснаження, 67,9% — значну деперсоналізацію, а лише 28,3% продемонстрували високі оцінки особистих досягнень. Аналогічно, у роботі А. В. Adler та співавт., присвяченій вивченню професійного стресу серед військових медиків США в Афганістані, 9,3% респондентів регулярно переживали повний спектр симптомів вигорання, 30,1% відчували емоційне виснаження, а 33,3% мали високі показники принаймні за однією з його складових [52].

Проблема професійного вигорання лікарів виходить далеко за межі медичної сфери та набуває загальносуспільного значення. В умовах війни особливої актуальності набуває необхідність формування реалістичного образу сучасного українського лікаря — фахівця, який часто працює під обстрілами, рятує поранених у надзвичайно небезпечних умовах і нерідко ризикує власним життям. Подвиг медичних працівників, серед яких є викладачі та студенти, потребує широкого інформування суспільства та належного висвітлення у медіа, освітньому середовищі та професійних дискусіях.

Самовіддана праця медиків у воєнний час формує нові ціннісні орієнтири,

впливає на суспільну свідомість і стає важливою складовою національної стійкості. Визнання їхнього внеску є не лише моральним обов'язком, але й необхідною умовою підтримки професійної спільноти, яка, поряд із військовими, волонтерами та іншими критичними службами, забезпечує життєстійкість українського суспільства [35].

Дослідження свідчать, що лікарі належать до групи підвищеного ризику розвитку професійного вигорання, оскільки зазнають значно більшого емоційного навантаження порівняно з представниками інших професій. Вигорання асоціюється зі зниженням ефективності роботи, професійної задоволеності та загального рівня благополуччя, що негативно впливає на здатність лікарів надавати якісну медичну допомогу. Наявні дані також підтверджують зв'язок між вигоранням і зростанням частоти медичних помилок, що погіршує результати лікування пацієнтів. Крім того, вигорання корелює з підвищеним ризиком депресії, суїцидальних намірів, а також із фізіологічними порушеннями, зокрема підвищеною ймовірністю серцево-судинних захворювань та зростанням рівнів запальних біомаркерів [44].

Поведінка медичних сестер, які працюють в умовах екстремального стресу, часто проявляється у двох полярних формах — надмірній емоційній залученості або, навпаки, відстороненості. У першому випадку через мінімальну психологічну дистанцію з пацієнтом відбувається емоційне «злиття», що призводить до втрати меж і часткового «розчинення» власного «Я», що є одним із механізмів розвитку емоційного вигорання. У другому випадку формується захисна відчуженість: медична сестра свідомо уникає близького контакту, взаємодію здійснює радше з почуття професійного обов'язку, що також сприяє виснаженню психоемоційних ресурсів [15].

Робота у військових медичних шпиталях характеризується підвищеною складністю та нерегулярним позмінним графіком, що часто передбачає вечірні й нічні чергування. Нічні зміни, як специфічна умова професійної діяльності медичної сестри, негативно впливають на працездатність і стан здоров'я, зокрема сприяють формуванню хронічного стресу. Такий стрес асоціюється з

підвищенням ризику серцево-судинних захворювань через розвиток гіпертензії, дисліпідемії, цукрового діабету 2 типу та ішемічної хвороби серця. Водночас більшість кардіометаболічних чинників можна виявити на ранніх етапах, що дозволяє своєчасно запобігти їх прогресуванню та знизити ризик подальших ускладнень [34].

Дослідження Lang, Pfister і Siemans (2010), проведене серед цивільних та військових медичних сестер США, показало, що обидві групи характеризуються помірним рівнем емоційного вигорання. Водночас у персоналу військових шпиталів було зафіксовано вищі показники емоційного виснаження та деперсоналізації. Медичні сестри, які працювали у денні зміни тривалістю не більше 8 годин і рідше контактували з пораненими військовослужбовцями з Іраку та Афганістану, демонстрували значно нижчий рівень вигорання. Автори пов'язують ці відмінності з подовженим робочим днем, вищою емоційною напругою та складністю догляду за важкопораненими пацієнтами у групі військових медсестер [52].

У лютому–березні 2023 року в шести українських лікарнях, що працюють у умовах повномасштабної війни, проведено крос-секційне дослідження за участю 926 медичних сестер і лікарів. Опитування охоплювало соціально-демографічні показники, індекс вигорання за MBI-HSS, індекс благополуччя WHO-5, рівень втоми та частоту контакту з постраждалими від бойових дій. Аналіз змінних здійснювали з використанням тестів χ^2 та Манна-Вітні, а предиктори вигорання оцінювали за допомогою одно- та багатофакторної логістичної регресії.

Результати показали, що лікарі значно частіше демонстрували ознаки вигорання, ніж медсестри, хоча загальний рівень вигорання серед лікарів (44%) залишався нижчим, ніж очікувалося в умовах війни. Багатофакторний аналіз виявив статистично значущі зв'язки між вигоранням, рівнем втоми, суб'єктивним благополуччям та професійною групою, тоді як частота надання допомоги постраждалим від війни не мала суттєвого впливу [48].

«Перехресне дослідження, проведене під час війни в Україні, показало,

що емоційне виснаження (ЕВ) і деперсоналізація (ДП) були присутні у 31,6 і 33,4% лікарів, відповідно, і у 17,9 і 18,2% медсестер» [42].

Серед медичних сестер, яким у 2023 році було встановлено тимчасову непрацездатність, 61,3 % (n=84) працювали у відділеннях, що обслуговують військових, тоді як 38,7 % (n=53) — у відділеннях, орієнтованих переважно на цивільне населення ($\chi^2=14,02$; $p<0,001$). В обох групах провідною причиною непрацездатності були гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів, однак серед медсестер цивільних відділень вони зустрічалися у 1,38 рази частіше ($p=0,035$). Натомість у медичних сестер, які працювали з військовими, суттєво частіше реєстрували непрацездатність, пов'язану з хворобами системи кровообігу (у 2,7 рази; $p=0,048$), ендокринними порушеннями, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (у 1,5 рази), а також інфекційними та паразитарними захворюваннями (у 2,4 рази). Структуру захворюваності з тимчасовою втратою працездатності в медичних сестер стаціонарів, які надавали медичну допомогу військовим і цивільному населенню у 2023 р., наведено в табл. 1.3 [34].

Таблиця 1.3

Структура захворюваності з тимчасовою втратою працездатності в медичних сестер стаціонарів, які надавали медичну допомогу військовим і цивільному населенню у 2023 р., n=137 (випадки, %)

Назва хвороби	Випадки тимчасової втрати працездатності, п (%)	
	медичні сестри, які працюють у відділеннях з військовими (n=84)	медичні сестри, які працюють у відділеннях із цивільним населенням (n=53)
Інфекційні та паразитарні хвороби	4 (4,7)	1 (1,9)
Хвороби нервової системи	3 (3,5)	1 (1,9)
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	7 (8,3)	3 (5,6)
Хвороби системи кровообігу	12 (14,2)	2 (3,7)
Гострі респіраторні захворювання верхніх дихальних шляхів	40 (47,6)	35 (66,1)
Хвороби органів травлення	10 (11,9)	5 (9,4)

Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1 (1,2)	1 (1,9)
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3 (3,5)	2 (3,7)
Хвороби сечостатевої системи	4 (4,7)	2 (3,7)

У медичних сестер, які працюють у стаціонарних відділеннях, що обслуговують військових, спостерігається підвищений рівень захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. Серед основних причин непрацездатності достовірно переважають хвороби системи кровообігу, ендокринні порушення, розлади харчування та обміну речовин, а також інфекційні й паразитарні захворювання. Найвищі показники кортизолу зафіксовано у медичних сестер відділень інтенсивної терапії та хірургічного профілю. Рівень кортизолу статистично корелює з віком, кількістю нічних чергувань, концентрацією холестерину ліпопротеїнів високої щільності, рівнем глюкози та величиною систолічного артеріального тиску [34].

1.3.3 Психосоціальні, етичні та командні чинники вигорання у прифронтових лікарнях

Для розуміння психосоціальних аспектів роботи медичних працівників прифронтових лікарень необхідно враховувати комплекс факторів, що впливають на їхній психологічний стан. Постійний контакт із тяжкими травматичними випадками спричиняє як первинну, так і вторинну травматизацію, що підсилює ризик емоційного вигорання. Значний моральний стрес виникає через необхідність ухвалення етичних рішень в умовах дефіциту ресурсів. Додатковим чинником є професійна ізоляція, яка обмежує можливості для обміну досвідом і підсилює почуття відчуження. Важливе значення мають якість командної взаємодії, ефективна комунікація та управління стресом. Регулярна психологічна підтримка та участь у програмах стрес-менеджменту

сприяють зниженню негативних наслідків професійного навантаження і підтримують особистісну та професійну стійкість медичного персоналу [1].

1.3.4 Стратегії профілактики професійного вигорання в умовах війни

У США для підвищення стійкості військового медичного персоналу розроблено армійську програму підтримки надавачів медичних послуг (CPSP). Вона передбачає короткі тренінги тривалістю одна година, спрямовані на розвиток навичок подолання стресу, зниження втоми від співчуття та профілактику емоційного вигорання. Під час занять військові медики тренуються у взаємодії, отримують зворотний зв'язок інструкторів та опановують техніки саморегуляції. Дослідження Christopher P. Weidlich і Doris N. Ugarriza (2013) засвідчило, що участь у CPSP достовірно зменшує рівень вигорання та втому від співчуття згідно з показниками опитувальника професійної якості життя [52].

У період воєнного стану психологи працюють із широким спектром стресових розладів, включно з ПТСР, що потребує значних емоційних витрат та високого рівня емпатійної включеності. Постійна невизначеність і зростаючий запит на психологічну допомогу виснажують внутрішні ресурси фахівців, тому профілактика професійного вигорання стає пріоритетною. Ефективне самопіклування — необхідна умова збереження професійної працездатності. Індивідуально підібрані методи відновлення, такі як музична релаксація, взаємодія з природою, читання, творчість, спілкування з однодумцями та аутогенне тренування (АТ), мають доказову ефективність і сприяють підтриманню психоемоційної рівноваги та стійкості фахівця [28].

Стрес, тривожність і професійне вигорання медичних працівників, які працюють в умовах активних бойових дій, суттєво знижують якість їхнього життя та ефективність професійної діяльності. Воєнний контекст створює

екстремальне соціальне, психологічне й фізичне навантаження на медичні команди, що підвищує ризик психічних розладів та виснаження. Для збереження психічного й фізичного здоров'я персоналу необхідне впровадження системних заходів підтримки.

Серед рекомендованих стратегій:

- створення груп психологічного втручання, надання консультацій і психотерапевтичних послуг для медиків та їхніх сімей;
- організація програм управління стресом, груп обміну досвідом і щоденної емоційної підтримки;
- збільшення чисельності персоналу для зниження надмірного навантаження;
- удосконалення адміністративних процесів з метою зменшення рівня тривоги та професійного стресу.

Такі заходи сприяють збереженню функціональності медичних працівників і підвищують стабільність системи охорони здоров'я в умовах війни [22, с. 194].

Умови воєнного стану висувають підвищені вимоги до професійної стійкості та віддачі медичних працівників. На Рис. 1.3 представлено основні чинники, що формують мотивацію медичного персоналу та підсилюють ефективність їхньої діяльності в екстремальних умовах. Ці чинники є складовими комплексної системи мотиваційної підтримки, спрямованої на створення оптимальних умов праці, забезпечення психологічного комфорту та сприяння професійному розвитку.

Поряд із належними умовами роботи важливо формувати атмосферу підтримки, довіри й визнання досягнень медиків. Психологічна допомога, публічне та інституційне визнання внеску, розвиток професійних компетентностей і підсилення соціальної підтримки є ключовими елементами ефективної мотивації в кризових ситуаціях. Такий підхід не лише зберігає працездатність медичного персоналу, а й зміцнює його відданість професійній діяльності [14].

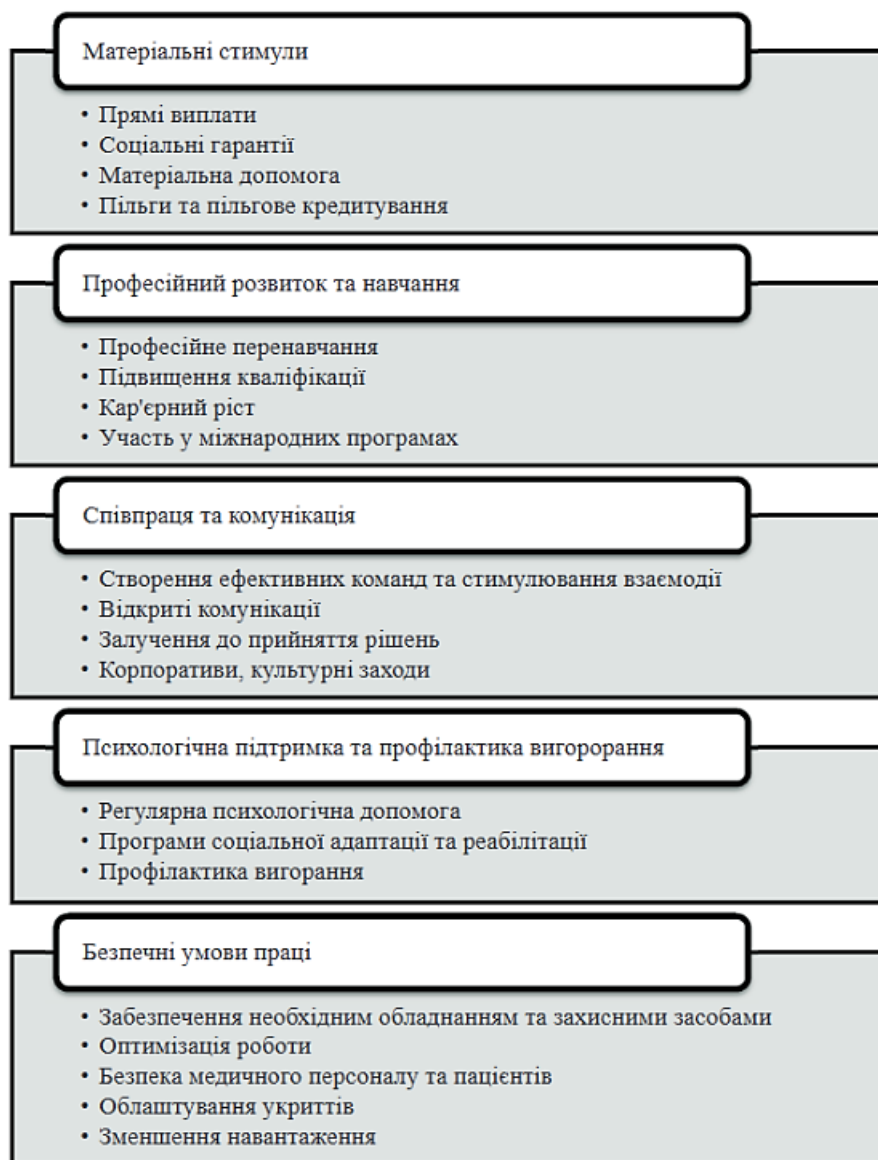


Рис. 1.3. Мотиваційні фактори для медичного персоналу в умовах воєнного стану

Висновки до розділу 1

Проведений аналіз наукових джерел і емпіричних даних дозволяє сформулювати ключові особливості професійного вигорання медичного персоналу та визначити фактори, що впливають на його формування у мирний і воєнний час. Професійне вигорання медичних працівників є багатокомпонентним психофізіологічним та соціально-психологічним синдромом, що проявляється емоційним виснаженням, деперсоналізацією та редукцією почуття власних досягнень. У мирний час його основними

детермінантами виступають тривалі психоемоційні навантаження, контакт із тяжкохворими пацієнтами та пацієнтами з психічними розладами, високий темп роботи та обмежені ресурси.

В умовах воєнного стану ці чинники значно посилюються через додаткові стресори: пряму загрозу життю медичних працівників під час обстрілів та бомбардувань, масові поранення та тяжкі моральні дилеми щодо розподілу обмежених ресурсів. Постійний контакт із травматичними випадками та критичними станами пацієнтів призводить до високого рівня вторинної травматизації та емоційного виснаження. У таких умовах захисні механізми психіки медиків, включаючи деперсоналізацію та емоційне дистанціювання, стають природним способом адаптації до надмірного навантаження.

Як свідчать дослідження багатьох авторів, рівень емоційного вигорання та деперсоналізації медичного персоналу у зонах військових дій значно перевищує показники мирного часу. Наприклад, у роботах Walters, Matthews, Dailey (2013), Adler та співавт. (2013), а також у дослідженнях українських медичних установ під час війни, відзначено високу частоту симптомів емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень серед лікарів і медсестер. Дані цих досліджень підтверджують пряму залежність рівня вигорання від інтенсивності контактів із тяжкохворими пацієнтами, робочого графіка, віку, стажу, посади та доступності ресурсів.

Висновки науковців також підкреслюють негативний вплив вигорання на ефективність професійної діяльності, якість медичної допомоги, рівень співчуття та етичні стандарти практики. Вигорання пов'язують із підвищеним ризиком психосоматичних розладів, медичних помилок, депресії та суїцидальних думок. У цих умовах ефективним заходом є застосування комплексного підходу до підтримки психологічного здоров'я медичного персоналу, який включає організаційні, соціальні, психологічні та мотиваційні компоненти.

Серед рекомендацій, зазначених у літературі, виділяють: створення безпечних і ресурсно забезпечених умов роботи, розвиток командної взаємодії

та ефективного управління конфліктами, регулярну психологічну підтримку, превентивне навчання навичкам подолання стресу, а також індивідуальні стратегії профілактики вигорання (медитація, аутогенне тренування, хобі, спілкування з природою). Такий комплексний підхід дозволяє мінімізувати негативний вплив професійного стресу, підтримати психологічне та фізичне здоров'я медичного персоналу та забезпечити належний рівень надання медичної допомоги в умовах кризових ситуацій.

Проблема професійного вигорання медичних працівників у воєнний час має не лише професійне, а й соціальне значення. Медичні працівники демонструють високий рівень самопожертви та громадянської відповідальності, що визначає їхню ключову роль у підтримці життя та здоров'я населення. Підтримка та захист їхнього психофізіологічного стану є критично важливими як для забезпечення безперебійного функціонування системи охорони здоров'я, так і для збереження морально-етичних стандартів професії.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ЧАС ВОЄННИХ ДІЙ

2.1 Методологія дослідження психологічних особливостей професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій

2.1.1 Особливості вибірки та її параметри

Дослідження психологічних особливостей синдрому професійного вигорання (СПВ) проводилося на базі тилового госпіталю Івано-Франківської області, функціонування якого відбувається в умовах воєнних дій. Специфіка досліджуваного контингенту полягає у фокусі на цивільному медичному персоналі тилового госпіталю в час воєнних дій.

Вибірка сформована з урахуванням психологічних факторів, описаних у теоретичному розділі (емоційне виснаження, рольові конфлікти, кумулятивний стрес), що забезпечує її релевантність до предмета дослідження.

Загальна вибірка сукупність (N) склала 30 респондентів, що відповідає параметрам невеликої вибірки для якісно-кількісного психологічного дослідження. Вибірка є цільовою, оскільки формувалася за чітко визначеними критеріями: належність до медичного персоналу, робота в умовах військового часу та визначений професійний рівень.

Демографічні та соціально-професійні параметри.

Статевий розподіл .

Аналіз статевої структури вибірки виявив виражену фемінізацію персоналу, що є характерним для української системи охорони здоров'я.

Переважну більшість респондентів становили жінки — 24 особи (80 %), тоді як чоловіків було 6 (20 %). Така гендерна асиметрія потребує урахування статі як потенційної модеруючої змінної при інтерпретації рівня та структури синдрому професійного вигорання.

Статеве співвідношення учасників відображено на Рис. 2.1, який демонструє пропорції респондентів за статтю.



Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю

Розподіл за професійною ланкою.

Вибірка була структурована за ієрархічним рівнем, що дозволяє диференціювати прояви синдрому професійного вигорання залежно від обсягу відповідальності, складності виконуваних функцій та наявності управлінських повноважень. До вищої ланки належать лікарі — 13 осіб (43,33 %), тоді як до середньої та нижчої ланки (сестри медичні та молодші медичні сестри) — 17 осіб (56,67 %). Таке приблизне співвідношення ($\approx 2:3$) створює достатні умови для коректного проведення порівняльного аналізу між професійними групами. Структуру вибірки за ланками подано на Рис. 2.2, який наочно демонструє представленість кожної категорії у дослідженні.

Віковий параметр.

Середній вік респондентів (Мвік) склав $\approx 42,8$ року. Високий показник середнього віку свідчить про те, що дослідження охоплює фахівців, які перебувають у фазі пізньої зрілості, мають сформовану професійну ідентичність та значний досвід роботи в системі охорони здоров'я.



Рис. 2.2. Розподіл респондентів за професійними ланками

Динаміка професійного стажу.

Професійний стаж (Тстаж) є важливим параметром для аналізу кумулятивного стресу та можливих траєкторій розвитку синдрому професійного вигорання. Отримані дані демонструють полімодальний розподіл, що дає змогу виявити особливості проявів СПВ на різних етапах професійної діяльності.

На початковому етапі (0–5 років) перебувають 3 особи (10,00 %), для яких характерний адаптаційний стрес та так званий «шок від реальності». Середній етап (6–10 років) включає 8 осіб (26,67 %), і саме цей період найчастіше пов'язують з активним формуванням професійного вигорання. Довготривалий етап охоплює групу зі стажем від 11 до понад 40 років (загалом 19 осіб, 63,33 %), у яких частіше фіксуються прояви хронічного вигорання, зумовленого тривалою дією професійних та емоційних стресорів.

Структуру вибірки за тривалістю професійного стажу подано на рис. 2.3, який узагальнює представленість респондентів у кожній групі.



Рис. 2.3. Розподіл респондентів за стажем роботи

Вибіркова сукупність є специфічною та гомогенною за професійним контекстом (медицина/війна) і гетерогенною за внутрішніми демографічними та професійно-часовими показниками (стать, стаж, ланка). Це забезпечує валідацію дослідження щодо впливу екстремальних умов на вже досвідчений (зрілий) медичний персонал та дозволяє здійснити глибокий аналіз СПВ із застосуванням методів дисперсійного та кореляційного аналізу.

2.1.2 Методологічні засади та інструментарій дослідження

Вибір валідного та релевантного діагностичного інструментарію є ключовим етапом емпіричного дослідження, оскільки від нього залежить достовірність отриманих наукових даних та обґрунтованість практичних рекомендацій.

У дослідженні психологічних особливостей професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю ми стикаємося з низкою загальнометодологічних проблем, властивих вивченню динамічних психологічних явищ в екстремальних умовах:

- Врахування чинників. Необхідність одночасного обліку всіх основних факторів, що спричиняють вигорання (особистісних, професійних, організаційних, ситуаційних – фактор воєнних дій).
- Динамічність симптомів. Фіксація мінливості основних симптомів СПВ (зміни у мисленні, поведінці, почуттях) на різних стадіях його формування.
- Процесуальність. Потреба у «процесуальному зрізі» – одночасному врахуванні динамічного аспекту розвитку СПВ та фіксації найбільш значущих подій і факторів.

При відборі конкретного психодіагностичного інструментарію для діагностики психологічних особливостей СПВ ми керувалися низкою ключових вимог, які підвищують ефективність, надійність та зручність проведення дослідження, особливо в умовах обмеженого часу та стресового навантаження медичного персоналу.

Методики обрано з урахуванням концептуальних положень, висвітлених у першому розділі (зокрема, моделей В. В. Бойка, К. Маслач і сучасних українських підходів).

Принципи відбору ґрунтувалися на наступних критеріях:

1. Принцип чіткості інструкції. Інструкція до методики повинна бути простою, короткою і зрозумілою без додаткових роз'яснень. Це забезпечує стандартизацію процедури та мінімізує вплив дослідника на процес відповіді, підвищуючи об'єктивність даних.

2. Принцип мінімальної трудомісткості. Обрана методика повинна бути найменш трудомісткою серед тих, які дозволяють отримати необхідний, максимально повний і достовірний результат. Ми прагнули оптимізувати час, витрачений респондентами на заповнення опитувальників.

3. Принцип доступності та мінімального навантаження. Обрана методика повинна бути зрозумілою і доступною для випробуваного. Заповнення опитувальника має вимагати мінімум фізичних і психологічних зусиль від респондентів, що важливо для персоналу, який працює в умовах воєнних дій.

Вирішення означених проблем забезпечується застосуванням комплексного методологічного підходу, що включає: міждисциплінарний, системний, емпіричний, особистісно-соціально-діяльнісний та ситуативний підходи.

Для забезпечення валідності та надійності вимірювання СПВ було сформовано комплекс методик, спрямованих на виявлення його ключових компонентів, стадій сформованості та проявів на різних рівнях.

Для комплексної діагностики СПВ застосовувалися п'ять валідизованих опитувальників, які взаємно доповнюють один одного. Перелік методик подано в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

**Методики комплексної діагностики синдрому професійного вигорання
(розроблено автором)**

№	Назва методики	Автори	Призначення
1	Діагностика рівня емоційного вигорання	В. В. Бойко	Визначення фаз (Напруження, Резистенція, Виснаження) та 12-ти симптомів вигорання. Дозволяє відстежити динаміку формування СПВ.
2	Діагностика професійного вигорання	К. Маслач, С. Джексон (адаптація Н.Є. Водоп'янової)	Визначення трьох основних компонентів СПВ (Емоційне виснаження, Деперсоналізація, Редукція особистих досягнень).
3	Дослідження синдрому «вигорання»	Дж. Грінберг	Визначення загального рівня (низький, середній, високий) емоційного вигорання та його проявів.
4	Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання	О. С. Чабан	Визначення прояву СПВ на трьох рівнях (психоемоційне виснаження, особистісне віддалення, професійна мотивація/продуктивність).
5	Оцінка власного потенціалу «вигорання»	Дж. Гібсон	Вимірювання компонентів вигорання (деперсоналізація, особиста задоволеність, емоційне виснаження) та визначення його рівня.

Розглянемо більш детально кожну з використаних методик.

Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка (див. Додаток А) [10, с. 21].

Дана методика є найбільш комплексною і дає можливість системно і детально вивчити і проаналізувати СПВ як динамічний трьохфазний процес. Методика дозволяє не лише констатувати наявність синдрому, а й дослідити його стадіальність та специфічні прояви через аналіз 12-ти симптомів враховуючи компоненти, до яких вони відносяться. Зокрема, це такі компоненти та симптоми:

Компонент І. «Напруження».

Ця фаза функціонує як нервово (тривожне) напруження, виступаючи передвісником та «пусковим» механізмом у генезі емоційного вигорання. Вона відображає накопичення психоемоційної енергії під впливом професійних стресорів.

1. Симптом «переживання психотравмуючих обставин».

Виявляється у посиленні усвідомлення чинників професійної діяльності, які суб'єктивно сприймаються як психотравмуючі. Його важко або неможливо усунути.

2. Симптом «незадоволення собою».

Наслідок дезадаптації та нездатності ефективно вплинути на психотравмуючі обставини. Запускається механізм «емоційного перенесення», коли енергетична розрядка спрямовується не на зовнішні чинники, а на власну особистість (обрану професію, посаду).

3. Симптом «загнаності в кут».

Формується як відчуття безвихідності під інтенсивним тиском незмінних психотравмуючих обставин. Супроводжується посиленням психічної енергії за рахунок індукції ідеального (активізація мислення, планів, цілей), що, однак, не призводить до розв'язання проблеми.

4. Симптом «тривоги і депресії».

Виникає як результат потужного енергетичного напруження,

породженого незадоволеністю роботою та собою. Проявляється у формі ситуативної або особистісної тривоги, а також розчарування у собі та професійній діяльності, що є засобом психологічного захисту.

Компонент II. «Резистенція».

Ця фаза є проявом активного опору зростаючому стресовому впливу. Особистість свідомо або несвідомо використовує наявні ресурси для зниження тиску зовнішніх обставин та досягнення психологічного комфорту.

1. Симптом «неадекватного вибіркового емоційного реагування».

Ознака деформації емоційної сфери, коли професіонал втрачає здатність диференціювати між корисною емоційною економією (стриманість, лаконічність) та неадекватним вибіркоvim реагуванням (обмеження емоційної віддачі у робочих контактах).

2. Симптом «емоційно-моральна дезорієнтація».

Виникає потреба у самовиправданні власної стратегії недостатнього емоційного ставлення до суб'єкта професійної діяльності. Це свідчить про те, що емоції недостатньо стимулюють етичні відчуття, що є неприпустимим у діяльності типу «людина-людина».

3. Симптом «розширення сфери економії емоцій».

Спостерігається генералізація захисної форми економії емоцій на позапрофесійну сферу (спілкування з родичами, друзями), що є наслідком виснаження від робочих контактів.

4. Симптом «редукції професійних обов'язків».

У професійній поведінці проявляється як прагнення до спрощення обов'язків, які вимагають значних емоційних витрат, що є формою полегшення професійного навантаження.

Компонент III. «Виснаження».

Ця фаза характеризується вираженням падінням загального енергетичного тону, ослабленням нервової системи та інтеграцією емоційного захисту у формі «вигорання» як невід'ємного атрибуту особистості.

1. Симптом «емоційного дефіциту».

Професіонал об'єктивно відчуває нездатність надавати емоційну допомогу суб'єктам своєї діяльності, брати участь у співпереживанні, або відгукуватися на ситуації, що вимагають інтелектуальної, вольової чи етичної віддачі.

2. Симптом «емоційного відчуження».

Особистість майже повністю виключає емоції зі сфери професійної діяльності. Відсутність емоційного відгуку на позитивні чи негативні обставини є найяскравішим проявом професійної деформації.

3. Симптом «особистісного відчуження (деперсоналізація)».

Проявляється у повній або частковій втраті інтересу до людини – суб'єкта професійної діяльності. Об'єкт починає обтяжувати професіонала своїми проблемами, що формує цинічне ставлення.

4. Симптом «психосоматичних і психовегетативних порушень».

Виявляється на фізичному і психічному рівні самопочуття. Перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматики свідчить про те, що емоційний захист вже не справляється з навантаженнями і організм вдається до перерозподілу енергії для самозбереження від руйнівної дії вигорання.

Діагностична цінність. Даний тест дозволяє не лише ідентифікувати особливості прояву СПВ, а й виявити наявність психосоматичних порушень, а також визначити, до якої фази формування емоційного вигорання (домінуючої, сформованої чи такої, що формується) відносяться різні за вираженням симптоми. Аналіз симптомів по фазах дає змогу відстежити розвиток синдрому від стану напруження і механізмів захисту до емоційного виснаження та відчуженості.

Діагностика професійного вигорання К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Є. Водоп'янової (див. Додаток Б) [26, с. 36].

Це один із найвідоміших інструментів у сфері психології праці, особливо для фахівців соціальних, освітніх, медичних професій.

Методика містить три шкали:

1) «Емоційне виснаження» — відображає тяжкість емоційного стану у

зв'язку з професійною діяльністю. Високий показник по цій шкалі пов'язаний з пригніченістю, апатією, високою втомою, емоційної спустошеністю. За даною методикою випробуваний може набрати від 0 до 45 балів (0-7 низький рівень; 8-17 середній рівень, 18 і вище високий рівень).

2) «Деперсоналізація» — показник за цією шкалою відображає рівень відносин з колегами по роботі, а також загальне відчуття себе як особистості в зв'язку з професійною діяльністю. Високий показник по цій шкалі означає вираженість черствих, формальних відносин з пацієнтами, відчуття несправедливого до себе ставлення з боку пацієнтів. За даною методикою випробуваний може набрати від 0 до 25 балів (0-4 низький рівень, 5-10 середній рівень, 11 і вище високий рівень).

3) «Редукція особистих досягнень» — шкала, що відображає зниження загального оптимізму, ослаблення віри у власні сили та здатність розв'язувати проблеми, а також падіння позитивного ставлення до професійної діяльності та колег. За даною методикою випробуваний може набрати від 0 до 40 балів. Дана шкала має зворотний характер, це означає, що більше значення балів означає менший рівень редукції особистих досягнень: 0-22 високий рівень редукції особистих досягнень; 23-30 середній рівень редукції особистих досягнень; 31 і вище низький рівень редукції особистих досягнень.

Діагностична цінність. Даний опитувальник призначений для визначення ступеня вираженості і поширеності синдрому вигорання серед професійного контингенту, в тому числі медичних працівників. Методику можна застосовувати для своєчасного та комплексного виявлення синдрому професійного вигорання з подальшим визначенням завдань і ступенів профілактичного впливу — як у напрямі вдосконалення психоемоційного клімату робочого середовища, так і для запобігання надмірному накопиченню емоційної напруги. Отримані результати можуть бути використані для проведення інформування та тренінгів, спрямованих на розроблення програм профілактичного оздоровлення психологічного клімату в колективі. Крім того, методика може застосовуватися в процесі професійного відбору.

Методика «Дослідження синдрому «вигорання»» Дж. Грінберга (див. Додаток В) [10, с. 40].

Дана методика базується на уявленні про вигорання як процес, що проходить через п'ять стадій:

1. «Медовий місяць» — працівник задоволений роботою, з ентузіазмом виконує завдання.
2. Стадія стресу — з'являється напруження, перевантаження, перші ознаки виснаження.
3. Хронічний стрес — зниження мотивації, роздратування, конфлікти.
4. Кризова стадія — емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження самооцінки.
5. Вигорання — апатія, втрачена професійна ідентичність, психосоматичні симптоми.

Методика містить 20 запитань. Досліджуваним пропонується обрати для кожного запитання одну із запропонованих відповідей: «згоден» або «не згоден». Інтерпретація проводиться шляхом аналізу суми балів за рівнями «вигорання»: низький (0-7 балів), середній (8-14 балів), високий (15-20 балів).

Діагностична цінність. Завдяки своїй процесуальній моделі методика дозволяє оцінити не лише наявність вигорання, а й його динаміку — тобто стадії розвитку, глибину проявів та потенційні наслідки для психічного здоров'я.

Використовується в контексті:

1. Раннього виявлення ознак вигорання — дозволяє ідентифікувати перші сигнали емоційного виснаження ще до того, як вони переростуть у хронічний стан.
2. Визначення стадії вигорання — дає змогу оцінити, на якому етапі перебуває працівник, що критично важливо для вибору стратегії підтримки.
3. Моніторингу динаміки — може застосовуватись повторно для відстеження змін у психоемоційному стані після втручань (коучинг,

психотерапія, зміна умов праці).

4. Профілактики ризиків — допомагає HR-фахівцям, керівникам і психологам виявляти ризикові групи та формувати превентивні програми.
5. Індивідуалізації підтримки — результати дозволяють адаптувати рекомендації до конкретної стадії вигорання, враховуючи особистісні особливості та професійний контекст.

«Опитувальник для виявлення синдрому вигорання» Чабана О. С. (див. Додаток Д) [39].

Дана методика є першим вітчизняним стандартизованим інструментом для діагностики емоційного (професійного) вигорання серед населення України. Вона була розроблена в рамках науково-дослідної роботи кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця «Проактивна трансдіагностична медико-психологічна допомога постраждалому від дистресу війни населенню України (профілактика, діагностика, корекція, реабілітація)» (№ держреєстрації 0122U202016).

Метою створення опитувальника було розроблення надійного психодіагностичного інструменту для виявлення та кількісної оцінки вираженості емоційного вигорання у представників різних професійних груп, адаптованого до соціокультурного контексту України.

Опитувальник складається з 50 запитань із дихотомічною шкалою відповідей («так» / «ні»). Він дозволяє не лише визначити загальний рівень емоційного вигорання, але й проаналізувати його симптоматичну структуру відповідно до десяти основних факторів (компонентів).

Компонент І. «Професійне незадоволення». Відображає зниження емоційної залученості до професійної діяльності, втрату задоволення від роботи, розчарування професією. Питання: 1, 2, 5, 13, 43, 45, 46, 49, 50. ($\Sigma = 0\text{—}23$ бали).

Компонент ІІ. «Емоційно-вольові реакції». Характеризує емоційне виснаження, дратівливість, негативні зміни у взаємодії з колегами, зниження емпатії та підвищення формальності у спілкуванні. Питання: 3, 4, 7, 16, 31, 38,

39, 40, 41, 42, 44. ($\Sigma = 0-14$ балів).

Компонент III. «Втома та брак часу». Відображає перевтому, порушення балансу між роботою і відпочинком, відчуття постійного цейтноту. Питання: 10, 14, 17, 18, 29. ($\Sigma = 0-5$ балів).

Компонент IV. «Деперсоналізація та дереалізація». Проявляється у відчутті відчуженості, зниженні емоційної включеності у роботу, прокрастинації, емоційній віддаленості. Питання: 21, 22, 26, 30, 32, 38. ($\Sigma = 0-8$ балів).

Компонент V. «Астено-депресивні симптоми». Характеризує емоційне спустошення, втрату інтересу до життя, апатію, порушення сну та підвищену тривожність. Питання: 11, 15, 23, 24, 25. ($\Sigma = 0-7$ балів).

Компонент VI. «Тривожні симптоми». Відображає надмірну занепокоєність роботою, страх втрати місця, підвищене почуття відповідальності та контроль. Питання: 20, 33, 34, 35. ($\Sigma = 0-4$ бали).

Компонент VII. «Потреба в усамітненні та відстороненні від людей». Проявляється у прагненні до самотності, емоційній втомі від соціальних контактів, бажанні уникати спілкування. Питання: 12, 19, 27, 28, 36. ($\Sigma = 0-5$ балів).

Компонент VIII. «Незадоволеність грошовою винагородою». Відображає почуття несправедливості у винагороді за працю, розрив між зусиллями та компенсацією. Питання: 8, 9. ($\Sigma = 0-4$ бали).

Компонент IX. «Прагнення збільшення часу на відпочинок». Вказує на ментальне виснаження та домінування бажання уникнути професійних обов'язків. Питання: 6, 47. ($\Sigma = 0-2$ бали).

Компонент X. «Позитивні моральні установки на відданість роботі». Є компенсаторним чинником, що відображає внутрішню мотивацію, професійну відданість і цінність праці. Питання: 37, 48. ($\Sigma = 0-3$ бали).

Оцінювання результатів.

Відповіді оцінюються за дименсіальним принципом із різною вагомістю запитань. Загальний результат – сума набраних балів (від 0 до 75).

Чим більший показник, тим більш вираженим є синдром емоційного вигорання.

Психометричні характеристики методики.

1. Дискримінативність (δ -Ferguson) = 0,988 — дуже висока, що свідчить про здатність тесту ефективно розрізняти рівні вираженості вигорання.
2. Надійність (внутрішня узгодженість):
 - α -Cronbach = 0,877
 - Guttman split-half = 0,848
 - Spearman–Brown = 0,857

Ці показники підтверджують високу консистентність та синхронну надійність опитувальника.

Валідність.

Конструктивна валідність підтверджена факторним аналізом, який виявив чітку десятикомпонентну структуру, що відповідає теоретичній моделі емоційного вигорання. Конкурентна валідність не проводилася через відсутність українських адаптованих аналогів, однак показники внутрішньої узгодженості засвідчують адекватність і валідність методики.

Діагностична цінність. «Опитувальник для виявлення синдрому вигорання» (© Чабан О. С., 2025) є науково обґрунтованим, надійним і валідним психодіагностичним інструментом. Його можна ефективно застосовувати у медичній, психологічній практиці та наукових дослідженнях для:

- виявлення рівня та структури емоційного вигорання;
- моніторингу динаміки професійного стану;
- розробки програм профілактики та корекції синдрому вигорання.

Методика «Оцінка власного потенціалу «вигорання»» Дж. Гібсона (див. Додаток Е) [10, с. 38].

Методика є діагностичним інструментом, спрямованим на виявлення рівня емоційного виснаження, деперсоналізації та задоволеності своєю професійною діяльністю. Вона допомагає визначити, наскільки людина схильна до розвитку синдрому професійного вигорання та які саме його компоненти

потребують уваги. Має спрощену форму для практичного застосування у профілактичних, скринінгових контекстах. Може використовуватись як інструмент самодіагностики схильності до професійного вигорання. Варто зазначити, що така самодіагностика не є клінічним діагнозом, а виконує функцію індикатора ризику, який дає змогу здійснити раннє втручання.

Дана методика містить 18 запитань, які відповідають одному з компонентів «вигорання»: деперсоналізація, особиста задоволеність, емоційне виснаження. Досліджуваным пропонується обрати на кожне запитання одну із 6 відповідей. За кожним компонентом «вигорання» підраховується середній бал, а потім за ключем проводиться визначення рівня "вигорання" (низький, середній, високий).

Діагностична цінність і застосування.

Методика дозволяє:

- оцінити рівень схильності до вигорання до того, як розвинеться повноцінно сформований синдром;
- виділити компоненти, які особливо потребують уваги (наприклад, виснаження або деперсоналізація);
- використовувати результати для профілактичної роботи (тренінги, консультації, налаштування режиму роботи) та моніторингу змін.

Обґрунтування вибору. Застосування кількох методик, заснованих на різних теоретичних моделях (трикомпонентна модель В.В. Бойка та К. Маслач/С. Джексон, загальний рівень Дж. Грінберга), забезпечує триангуляцію даних та підвищує надійність висновків щодо багатовимірного явища СПВ. Вони взаємодоповнюють одна одну, забезпечуючи системний і багатовимірний підхід до вивчення феномену професійного вигорання. Зокрема:

- Методика В. В. Бойка фіксує процесуальну динаміку розвитку синдрому, тобто дозволяє простежити послідовність формування емоційного виснаження.
- Опитувальник К. Маслач конкретизує структурну модель вигорання через вимірювання трьох базових компонентів — емоційного

виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень.

- Методика О. С. Чабана є адаптованим до українських умов варіантом оцінки феномену, що враховує соціокультурні та професійно-рольові особливості респондентів.
- Тест Дж. Грінберга уточнює стадійний перебіг вигорання, дозволяючи співвіднести емпіричні показники з часовими фазами розвитку синдрому.
- Опитувальник Дж. Гібсона дає змогу дослідити суб'єктивне сприйняття ризику вигорання, інтегруючи у загальну систему вимірювання особистісний аспект професійного виснаження.

Таким чином, взаємне поєднання зазначених інструментів забезпечує можливість комплексного дослідження феномену вигорання на трьох рівнях:

1. Структурному — через діагностику компонентів (за К. Маслач).
2. Процесуальному — через визначення фаз і стадій (за В. В. Бойком і Дж. Грінбергом).
3. Особистісно-оцінковому — через самооцінку ризику та задоволеності працею (за Дж. Гібсоном і О. С. Чабаном).

Використані платформи для пошуку наукових джерел.

У процесі підготовки теоретичної частини дослідження було здійснено систематичний пошук і добір наукових праць із проблеми професійного вигорання медичного персоналу, особливо в умовах воєнних дій. З цією метою використовувалися такі наукові платформи:

1. Google Scholar — для пошуку та аналізу сучасних зарубіжних і вітчизняних публікацій, дисертацій та монографій, що висвітлюють теоретичні засади, чинники й механізми професійного вигорання [56].
2. National Library of Medicine (NLM) — для виявлення статей, присвячених психологічним аспектам стресу, емоційного виснаження та їх впливу на професійну діяльність медичних працівників [58].
3. PubMed — для пошуку емпіричних досліджень і клініко-психологічних даних щодо проявів, профілактики та подолання синдрому професійного вигорання серед медичного персоналу [59].

Зазначені ресурси дали змогу забезпечити наукову достовірність, повноту й актуальність теоретичного огляду, а також узагальнити міждисциплінарні підходи до вивчення феномену професійного вигорання.

Допоміжні методики та методи.

Окрім основного психодіагностичного комплексу, для поглибленого аналізу чинників та особистісних передумов синдрому професійного вигорання (СПВ) у медичних працівників застосовано низку допоміжних методів. Їх використання забезпечило розширення емпіричної бази, підвищення валідності висновків та дозволило інтегрувати кількісні результати з якісними характеристиками поведінкових і мотиваційних проявів досліджуваних.

1. Метод бесіди.

Індивідуальні напівструктуровані бесіди проводилися з метою уточнення даних, отриманих за результатами психодіагностичних методик, а також для виявлення суб'єктивного ставлення респондентів до професійної діяльності, умов праці, рівня психологічного комфорту та ознак емоційного виснаження. Бесіди дозволили глибше розкрити внутрішні мотиви професійної поведінки, індивідуальні стратегії подолання стресу, оцінити вплив зовнішніх і внутрішніх факторів на розвиток СПВ. Застосування цього методу сприяло більш обґрунтованій інтерпретації кількісних показників та розкриттю якісних аспектів емоційного стану персоналу.

2. Метод спостереження.

Метод систематичного спостереження використовувався для безпосереднього отримання об'єктивних відомостей про поведінку респондентів у процесі професійної діяльності, міжособистісних взаємодій і реакцій у стресових або конфліктних ситуаціях. Спостереження здійснювалося у природних умовах (у робочому середовищі), що дало змогу виявити характерні невербальні прояви емоційного виснаження, зниження мотивації та зміни у комунікативній сфері. Результати спостереження узгоджувалися з даними психодіагностичних тестів, що забезпечувало комплексність аналізу.

3. Експертне оцінювання.

З метою уточнення впливу організаційних і психосоціальних чинників на розвиток СПВ залучалися експертні оцінки від фахівців-психологів, керівників структурних підрозділів госпіталю та представників кадрової служби. Експерти надавали узагальнені судження щодо рівня стресогенності професійного середовища, міжособистісного клімату в колективі, особливостей управлінської комунікації та ефективності заходів психопрофілактики.

Методи кількісної та якісної обробки даних.

Обробка та аналіз емпіричних результатів дослідження здійснювалися із застосуванням методів математичної статистики з використанням програмного забезпечення Jamovi (версія 2.7.12), побудованого на базі статистичного середовища R [57].

Програма забезпечує широкий спектр аналітичних можливостей: від базової описової статистики до складних видів аналізу (кореляційного, дисперсійного, регресійного), що дозволяє комплексно оцінити структуру й закономірності проявів синдрому професійного вигорання.

Таким чином, застосований комплекс кількісних і якісних методів статистичної обробки забезпечив надійну перевірку емпіричних даних, дав змогу виявити структурні компоненти синдрому професійного вигорання, простежити міжфакторні взаємозв'язки та підтвердити достовірність отриманих результатів.

Комплексність використаного підходу дала можливість не лише кількісно оцінити рівень і фази розвитку вигорання у цивільного медичного персоналу тилового госпіталю, але й здійснити ґрунтовну психологічну інтерпретацію результатів, необхідну для подальшого розроблення психопрофілактичних програм.

2.1.3 Організація та етапи емпіричного дослідження

Проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей СПВ цивільного медичного персоналу тилового госпіталю було структуровано та реалізовано послідовно в п'ять етапів.

Етап I. Організаційно-методологічний.

На цьому етапі було здійснено підготовку необхідного інструментарію та формування вибіркової сукупності.

1. Розробка інструментарію:

- Проведено аналіз та відбір діагностичних методик, що забезпечують комплексне вивчення СПВ, виходячи з принципів міждисциплінарного та системного підходів.
- Було обрано п'ять валідизованих методик для діагностики СПВ, описаних вище.

2. Технічна підготовка. Діагностичний інструментарій було переведено у формат онлайн-опитування із використанням Google-форм для зручності збору даних в умовах обмеженого доступу.

3. Формування вибірки. Сформовано цільову вибірку дослідження у кількості 30 респондентів (цивільний медичний персонал тилового госпіталю).

Етап II. Збір емпіричних даних.

На другому етапі було проведено безпосереднє опитування респондентів.

Здійснено збір даних шляхом проведення онлайн-опитування серед цільової вибірки ($N = 30$) із застосуванням попередньо створених Google-форм. Отримані результати автоматично експортувалися до електронних таблиць формату Microsoft Excel, де здійснювалося первинне упорядкування, кодування та підготовка даних до статистичної обробки.

У процесі збору даних використовувалися додаткові методи: спостереження та неструктуроване інтерв'ю з учасниками дослідження. Ці

бесіди дозволили отримати детальні якісні дані про їхні емоційні переживання, робочі ситуації та психологічний стан у контексті воєнних дій. Поєднання кількісних показників та результатів інтерв'ю дозволило комплексно оцінити психологічні особливості професійного вигоряння та надати більш глибоку інтерпретацію отриманих даних.

Етап III. Аналітична робота та статистична обробка.

Була проведена комплексна обробка зібраного емпіричного матеріалу.

Програмне забезпечення. Обробка отриманих емпіричних даних здійснювалася із застосуванням методів математичної статистики за допомогою програмного забезпечення Jamovi 2.7.12.

Jamovi 2.7.12 було обрано завдяки її відкритому інтерфейсу, наочним графічним візуалізаціям результатів (boxplot, гістограми, heatmap) та можливості експорту таблиць у форматах, сумісних із Microsoft Excel і SPSS.

Додатково для підготовки бази даних і попереднього перекодування відповідей («Так/Ні», «Щодня/Щомісяця» тощо) використовувалися інструменти Microsoft Excel. Це дало змогу стандартизувати шкальні оцінки за ключами до п'яти методик (В. В. Бойко, К. Масlach — С. Джексон, Дж. Грінберг, О. С. Чабан, Дж. Гібсон) і сформувати єдину таблицю для подальшої статистичної обробки у Jamovi. Окремо було здійснено реверсивне перекодування індикаторів, передбачене методиками, що забезпечило коректність підрахунку сумарних показників і подальшого статистичного аналізу.

Застосовані статистичні методи:

- Описова статистика. Обчислення середніх значень, стандартних відхилень, частотних розподілів для показників СПВ та демографічних змінних.
- Порівняльний аналіз. Застосування t-критерію Стюдента (для нормального розподілу) та U-критерію Манна-Вітні (для непараметричних розподілів) для оцінки достовірності відмінностей у проявах СПВ між незв'язаними вибірками (стать, професійна ланка).

- Кореляційний аналіз. Використання коефіцієнтів кореляції Пірсона (оскільки відхилень від нормального розподілу не було виявлено), для встановлення взаємозв'язків між рівнем СПВ та стажем/віком.
- Регресійний аналіз. Для визначення прогностичного впливу факторів (стаж, ланка) на рівень СПВ.

Етап IV. Інтерпретація та обговорення результатів.

На цьому етапі відбулися науковий аналіз та наукова інтерпретація кількісних показників, виявлених відмінностей та кореляційних зв'язків з метою виявлення психологічних особливостей професійного вигорання медичного персоналу в умовах воєнних дій.

Етап V. Узагальнення та розробка рекомендацій.

Завершальний етап дослідження, спрямований на впровадження результатів.

1. Узагальнення. Сформульовано основні висновки за результатами емпіричного дослідження.
2. Розробка рекомендацій. На основі виявлених закономірностей та факторів ризику СПВ були розроблені практичні психопрофілактичні рекомендації, спрямовані на зниження рівня вигорання та підвищення стійкості до стресу, зокрема для людей із високим рівнем сприйняття стресу.

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що емпіричне дослідження було організоване та проведене відповідно до вимог сучасної психологічної науки і включало п'ять послідовних етапів. Така структура забезпечила комплексність аналізу та достовірність отриманих результатів.

2.2 Дослідження психологічних особливостей професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій

2.2.1 Аналіз результатів за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка

З метою виявлення структурних компонентів синдрому емоційного вигорання у цивільного медичного персоналу тилового госпіталю було проведено дослідження за методикою В.В. Бойка «Діагностика рівня емоційного вигорання».

Методика дозволяє визначити ступінь сформованості трьох основних фаз: «Напруження», «Резистенція» та «Виснаження», які послідовно відображають динаміку розвитку синдрому вигорання.

Рівні сформованості фаз визначалися за такими критеріями:

- 0–36 балів — фаза не сформована;
- 37–60 балів — фаза на стадії формування;
- 61 бал і більше — фаза сформована.

Перед проведенням порівняльного аналізу дані було перевірено на відповідність нормальному розподілу за критерієм Шапіро–Уїлка (Shapiro–Wilk) та на однорідність дисперсій за допомогою тесту Лівена. Істотних відхилень від нормальності не виявлено ($p > 0.05$), гомогенність дисперсій підтверджено ($p > 0.05$), що дало змогу застосувати параметричні методи статистичної обробки (Welch's ANOVA).

На основі зазначених критеріїв було проведено кількісний розподіл учасників за рівнями сформованості кожної з трьох фаз синдрому емоційного вигорання.

Це дозволило визначити загальну тенденцію розвитку вигорання серед

медичного персоналу та встановити, на якому етапі перебувають найбільш виражені симптоми — у фазі «Напруження», «Резистенції» чи «Виснаження». Основні показники за фазами професійного вигорання наведено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл учасників за рівнями сформованості фаз емоційного вигорання

Рівень сформованості	Напруження (%)	Резистенція (%)	Виснаження (%)
Не сформована	50.0	26.7	46.7
Стадія формування	13.3	20.0	10.0
Сформована	36.7	53.3	43.3

Як видно з таблиці, фаза «Напруження» не сформована у 50,0% респондентів, перебуває на стадії формування у 13,3% та сформована у 36,7%. Отже, у більшості учасників емоційне напруження та переживання психотравмуючих обставин виражені помірно, що свідчить про початковий рівень розвитку емоційного виснаження, зумовлений внутрішніми суперечностями, перевантаженням і стресогенними умовами професійної діяльності.

Фаза «Резистенція» є найвиразнішою: 53,3% обстежуваних мають її у стані сформованості, тоді як 20,0% перебувають на стадії формування, і лише 26,7% не демонструють її ознак.

Це свідчить, що більшість медичних працівників уже використовують захисні психологічні механізми — емоційне дистанціювання, вибірковість у взаємодії, редукцію професійних обов'язків, економію емоцій. Такі реакції вказують на активну стадію розвитку синдрому вигорання, коли зниження емоційної включеності виконує компенсаторну функцію, але водночас веде до поступової втрати емпатійності й зниження якості професійної взаємодії.

Фаза «Виснаження» сформована у 43,3% респондентів, не сформована у 46,7%, а ще 10,0% перебувають на стадії формування.

Це свідчить, що частина досліджуваних уже переживає стійке емоційне виснаження, психосоматичні порушення та особистісне відчуження, хоча для

більшості такі прояви ще не набули хронічного характеру.

Отже, глибоких емоційних і фізичних розладів ще не спостерігається, але наявна тенденція до їх посилення в умовах тривалого професійного стресу.

Для наочності результатів було побудовано графічне зображення рівнів сформованості фаз синдрому емоційного вигорання за методикою В.В. Бойка.

На Рис. 2.4 представлено розподіл респондентів за трьома фазами — «Напруження», «Резистенція» та «Виснаження», що відображає динаміку розвитку вигорання серед медичного персоналу.

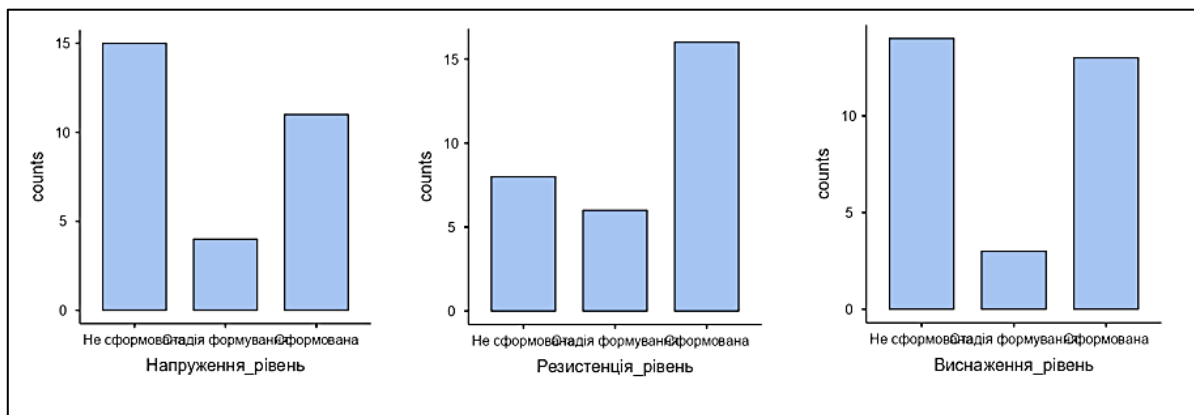


Рис. 2.4. Рівні сформованості фаз синдрому емоційного вигорання

Отримані результати дають змогу визначити загальну динаміку розвитку синдрому емоційного вигорання серед медичного персоналу.

Помірна вираженість фаз «Напруження» і «Резистенції» свідчить, що емоційне вигорання у більшості респондентів перебуває на етапі становлення, коли ще зберігаються ресурси для саморегуляції.

Однак наявність сформованих симптомів у частини вибірки вказує на ризик переходу до фази «Виснаження», що може призвести до зниження професійної мотивації, емоційного виснаження та психосоматичних розладів.

З метою поглибленого кількісного аналізу інтенсивності кожної фази та визначення співвідношення середніх показників було проведено описову статистику за основними параметрами — середнім значенням (Mean), стандартним відхиленням (Std. Deviation), мінімальним (Min) і максимальним (Max) рівнями. Для детальнішої характеристики показників подано описові

статистики в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Описові статистики показників емоційного вигорання за фазами

Фаза	Mean	Std. Deviation	Min	Max
Напруження	46.1	30.7	8	110
Резистенція	59.8	28.2	15	112
Виснаження	50.8	31.0	5	117

Аналіз описової статистики показав, що найвищий середній показник має фаза «Резистенція» (Mean = 59.8), що вказує на переважання захисних психологічних механізмів у структурі синдрому вигорання. Фази «Напруження» (Mean = 46.1) і «Виснаження» (Mean = 50.8) відображають помірну інтенсивність емоційного виснаження, що підтверджує середній рівень розвитку синдрому.

Для перевірки гіпотези про наявність відмінностей у вираженості фаз вигорання між лікарями, медичними сестрами та молодшими медичними сестрами застосовано однофакторний дисперсійний аналіз (Welch's ANOVA). Результати однофакторного дисперсійного аналізу відображено в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Результати дисперсійного аналізу (Welch's ANOVA)

Показник	F	df1	df2	p
Напруження	9.21	2	12.74	0.003
Резистенція	3.51	2	8.44	0.078
Виснаження	8.96	2	10.95	0.005
Boyko_Total	7.38	2	10.37	0.010

Результати аналізу показали, що для фаз «Напруження» ($F(2,12.74)=9.21$, $p=0.003$) та «Виснаження» ($F(2,10.95)=8.96$, $p=0.005$), а також для загального показника Boyko_Total ($F(2,10.37)=7.38$, $p=0.010$) виявлено статистично значущі відмінності між професійними групами.

Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), що представлений у табл. 2.4а, виявив статистично значущі відмінності у рівнях професійного вигорання між представниками різних посадових категорій ($F(2,27) = 4.41$, $p = 0.022$, $\eta^2 =$

0.246, $\omega^2 = 0.185$). Це свідчить, що приблизно 25% варіації показників вигорання пояснюється посадою медичного працівника. Перевірка припущень показала відсутність порушень нормальності розподілу (Shapiro–Wilk, $p = 0.202$) та гомогенності дисперсій (Levene's test, $p = 0.173$). За результатами post-hoc аналізу (Games–Howell) встановлено, що рівень вигорання молодших медичних сестер статистично вищий порівняно з лікарями ($p = 0.018$), тоді як інші міжгрупові відмінності не досягли рівня значущості ($p > 0.05$).

Таблиця 2.4а

**Результати однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) із
зазначенням ефект-розмірів**

Показник	F	df1	df2	p	η^2	ω^2
Boyko Total	4.41	2	27	0.022	0.246	0.185

Примітка. η^2 (ета-квадрат) та ω^2 (омега-квадрат) відображають силу впливу фактору «посада» на загальний рівень емоційного вигорання. Отримані значення вказують на середню силу ефекту ($\approx 25\%$ варіації пояснюється посадою медичного працівника).

Для фази «Резистенція» ($F(2,8.44)=3.51$, $p=0.078$) відмінності не досягли рівня статистичної значущості, проте спостерігається тенденція до зростання показників у молодших медичних сестер порівняно з лікарями.

З метою детальнішого порівняння рівнів емоційного вигорання між професійними групами було проаналізовано середні значення (Mean) та стандартні відхилення (SD) для кожної фази синдрому. Це дозволяє визначити, у яких саме категорій персоналу спостерігається найбільша інтенсивність проявів вигорання. Узагальнені показники для кожної групи подано в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Описові статистики фаз вигорання за професійними групами

Фаза	Посада	Mean	SD
Напруження	Лікар	33.2	28.3
	Медсестра	45.5	31.4
	Молодша медсестра	79.5	15.1
Резистенція	Лікар	47.9	20.0
	Медсестра	63.9	28.5
	Молодша медсестра	82.5	25.1
Виснаження	Лікар	35.4	24.8
	Медсестра	52.3	34.7
	Молодша медсестра	84.8	18.0

Аналіз середніх значень показав, що молодші медичні сестри мають найвищі показники за всіма фазами синдрому емоційного вигорання.

Для них характерні значення: Напруження — 79,5 бали, Резистенція — 82,5 бали, Виснаження — 84,8 бали, що значно перевищує показники лікарів (відповідно 33,2; 47,9; 35,4 бали) та медичних сестер (45,5; 63,9; 52,3 бали).

Отже, інтенсивність емоційного вигорання найвища серед молодших медичних сестер, що вказує на їх підвищену вразливість до хронічного стресу.

Для уточнення напрямків та ступеня статистично значущих відмінностей між окремими професійними групами проведено Post-Hoc аналіз за критерієм Games–Howell, який дозволяє визначити, між якими саме категоріями персоналу спостерігаються достовірні різниці за фазами емоційного вигорання. Напрями та ступінь відмінностей між групами відображено в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Результати Post-Hoc аналізу (Games–Howell)

Порівняння	Mean difference	p	Значущість
Напруження: Лікар – Молодша медсестра	-46.3	0.004	$p < 0.01$
Напруження: Медсестра – Молодша медсестра	-34.0	0.032	$p < 0.05$
Виснаження: Лікар – Молодша медсестра	-49.4	0.008	$p < 0.01$
Boyko Total: Лікар – Молодша медсестра	-130.0	0.016	$p < 0.05$

Згідно з результатами Post-Hoc аналізу за тестом Games–Howell, статистично значущі відмінності виявлено:

- за фазою «Напруження» між молодшими медичними сестрами та лікарями ($p=0.004$), а також між молодшими медичними сестрами та медичними сестрами ($p=0.032$);
- за фазою «Виснаження» між молодшими медичними сестрами та лікарями ($p=0.008$);
- за загальним показником Boyko_Total між молодшими медичними сестрами та лікарями ($p=0.016$).

З метою наочного відображення отриманих статистичних результатів та визначення характеру відмінностей між професійними групами, було побудовано графічну модель середніх показників фаз емоційного вигорання.

На Рис. 2.5 представлено порівняльний розподіл середніх значень фаз «Напруження», «Резистенція» та «Виснаження» у лікарів, медичних сестер і молодших медичних сестер.

Візуалізація дозволяє чітко простежити, які саме групи демонструють підвищені рівні емоційного виснаження, а також підтверджує тенденції, виявлені під час дисперсійного аналізу та Post-Hoc перевірок.

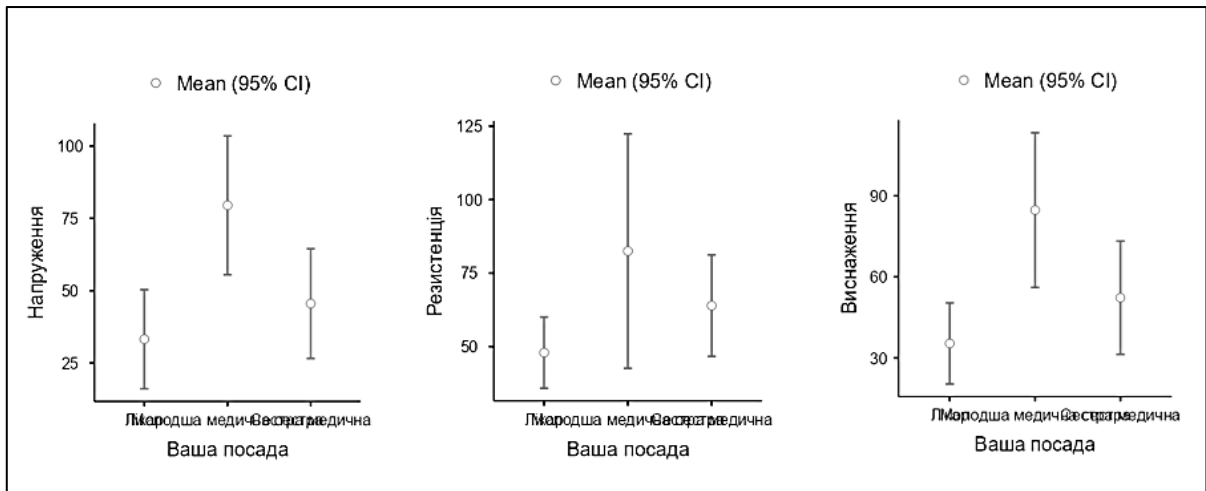


Рис. 2.5. Середні показники фаз емоційного вигорання серед представників різних професійних груп

Отримані результати свідчать, що молодші медичні сестри мають істотно вищі показники за всіма основними фазами синдрому емоційного вигорання, порівняно з іншими категоріями персоналу.

Це може бути зумовлено монотонністю праці, низьким рівнем автономності, високим фізичним навантаженням та недостатньою соціальною підтримкою.

У лікарів, натомість, вигорання проявляється переважно у формі емоційного дистанціювання та деперсоналізації, тоді як у медичних сестер — через емоційне виснаження середньої інтенсивності.

Таким чином, професійна належність виступає значущим чинником, який визначає інтенсивність і структуру проявів синдрому емоційного вигорання серед медичного персоналу.

Результати підкреслюють необхідність розроблення диференційованих програм психологічної підтримки для різних категорій медичних працівників з

урахуванням специфіки їх професійних функцій і навантаження.

Для перевірки сили відмінностей між окремими професійними групами проведено незалежний t-тест для двох вибірок — лікарів та молодших медичних сестер. Отримано статистично значущу різницю у загальному рівні професійного вигорання ($t(15) = -3.46$, $p = 0.004$). Молодші медичні сестри характеризуються вищими показниками вигорання ($M = 247$; $SD = 53.5$) порівняно з лікарями ($M = 117$; $SD = 68.7$). Перевірка припущень засвідчила відповідність даних критерію нормального розподілу (Shapiro–Wilk, $p = 0.097$) та однорідність дисперсій (Levene, $p = 0.269$). Сила ефекту виявилась дуже великою (Cohen's $d = 1.98$, 95 % CI [0.63; 3.27]), що вказує на виражений вплив посадового чинника на інтенсивність емоційного вигорання. Статистичні результати незалежного t-тесту подано в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Результати незалежного t-тесту для лікарів і молодших медичних сестер

Показник	t	df	p	Mean Difference	Cohen's d	95 % CI (d)
Boyko_Total	-3.46	15	0.004	-130	1.98	[0.63 ; 3.27]

Отже, результати незалежного t-тесту підтвердили висновки дисперсійного аналізу, вказавши на істотно вищий рівень емоційного вигорання серед молодших медичних сестер порівняно з лікарями. Виявлений великий ефект (Cohen's $d = 1.98$) свідчить про сильний вплив посадового чинника на розвиток вигорання та підкреслює необхідність цілеспрямованих заходів психологічної профілактики в цій професійній групі. Таким чином, результати емпіричного аналізу за методикою В.В. Бойка дозволяють розглядати професійну позицію як ключовий предиктор інтенсивності емоційного виснаження серед медичного персоналу тилових госпіталів.

За результатами методики В.В. Бойка. СПВ серед медичного персоналу тилового госпіталю має помірний рівень вираженості та переважно перебуває на стадії формування.

Найвираженішою є фаза «Резистенція», що свідчить про активацію

емоційно-захисних механізмів.

Виявлено значущі відмінності за фазами «Напруження» і «Виснаження» між професійними групами, зокрема найвищі показники у молодших медичних сестер.

Професійна належність є визначальним чинником розвитку вигорання, що вимагає розроблення специфічних психопрофілактичних програм для різних категорій медичного персоналу.

2.2.2 Аналіз результатів за методикою К. Масlach і С. Джексон

З метою дослідження психологічних особливостей професійного вигорання у цивільного медичного персоналу тилового госпіталю було використано методику К. Масlach і С. Джексон у адаптації Н. Є. Водоп'янової.

Дана методика є одним із найбільш валідних і поширених інструментів для оцінювання синдрому емоційного вигорання. Вона дозволяє комплексно охарактеризувати його структуру через три основні компоненти:

- Емоційне виснаження (ЕЕ) — відображає відчуття психоемоційної перевтоми, спустошеності, втрати енергії.
- Деперсоналізація (DP) — проявляється у формальному, відстороненому ставленні до пацієнтів та колег.
- Редукція особистих досягнень (РА) — характеризує зниження задоволеності власними професійними результатами, відчуття неуспішності та некомпетентності.

Кожна шкала має свої діагностичні межі, які визначають інтенсивність вираженості відповідного аспекту вигорання. Сумарний показник (Maslach_Total) є інтегральною характеристикою загального рівня професійного вигорання.

Метою даного етапу було виявлення рівня сформованості складових

синдрому професійного вигорання, визначення відмінностей між представниками різних професійних груп медичного персоналу (лікарями, медичними сестрами, молодшими медичними сестрами) та оцінка загального рівня емоційного виснаження у вибірці.

На першому етапі виконано описову статистику для трьох шкал методики та інтегрального показника. Основні описові статистики шкал Maslach–Jackson наведено в табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Описові статистики показників професійного вигорання

Показник	N	Mean	Median	Std. Deviation	Min	Max
Емоційне виснаження (EE)	30	27.8	24.0	11.9	4	49
Деперсоналізація (DP)	30	11.2	9.5	6.64	0	23
Редукція особистих досягнень (PA)	30	29.6	30.5	6.54	16	48
Загальний показник (Maslach Total)	30	68.6	66.0	14.7	33	96

З метою якісного аналізу структури синдрому було здійснено розподіл респондентів за рівнями вираженості компонентів вигорання — низьким, середнім і високим. Для повноти аналізу розподіл рівнів вигорання представлено в табл. 2.8а.

Таблиця 2.8а

Розподіл респондентів за рівнями компонентів професійного вигорання

Компонент	Низький (%)	Середній (%)	Високий (%)
Емоційне виснаження (EE)	20.0	33.3	46.7
Деперсоналізація (DP)	33.3	20.0	46.7
Редукція особистих досягнень (PA)	56.7	40.0	3.3

Отримані результати свідчать, що у структурі професійного вигорання найвиразніше проявляються емоційне виснаження (46.7% респондентів — високий рівень) та деперсоналізація (46.7%). Водночас понад половина опитаних (56.7%) мають низький рівень редукції особистих досягнень, що вказує на збереження професійної самооцінки попри емоційне виснаження. Це підтверджує помірний рівень розвитку синдрому вигорання серед медичного персоналу тилового госпіталю та переважання емоційно-енергетичного

виснаження в його структурі.

Для наочного представлення отриманих даних побудовано графік середніх показників трьох компонентів професійного вигорання – Рис. 2.6.

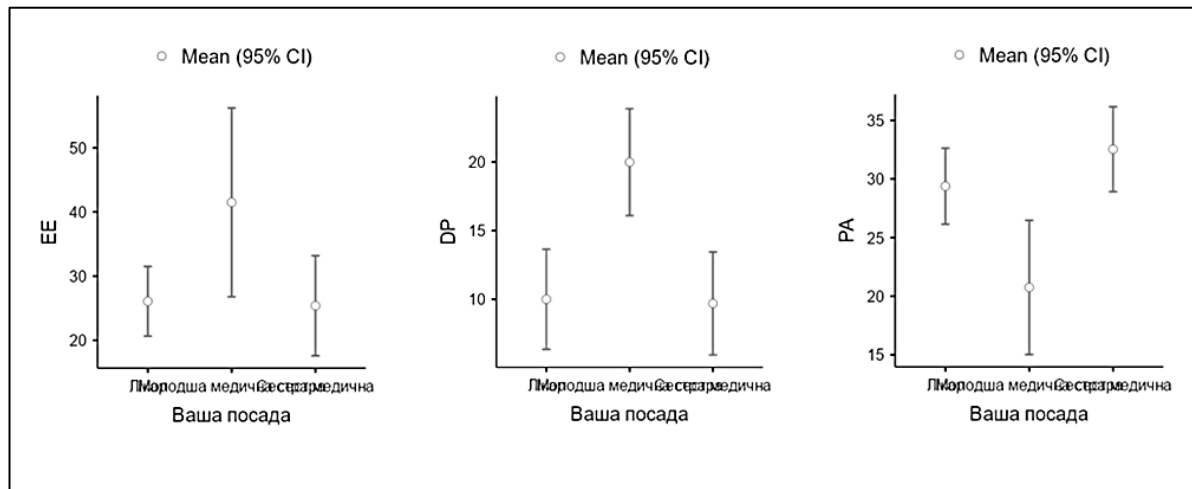


Рис. 2.6. Рівень вираженості компонентів професійного вигорання серед медичного персоналу

Аналіз описових статистик показує, що найвищий середній показник має шкала емоційного виснаження ($M = 27.8$; $SD = 11.9$), що свідчить про наявність у частини респондентів вираженого почуття психоемоційної втоми.

Показники деперсоналізації ($M = 11.2$; $SD = 6.64$) свідчать про формування тенденції до емоційного дистанціювання, тоді як редукція особистих досягнень ($M = 29.6$; $SD = 6.54$) має помірну вираженість, що вказує на зниження відчуття ефективності професійної діяльності.

Загальний показник Maslach_Total ($M = 68.6$; $SD = 14.7$) підтверджує помірний рівень розвитку синдрому вигорання серед персоналу тилового госпіталю.

Перед проведенням порівняльного аналізу було перевірено статистичні припущення. Розподіл даних відповідає нормальному (Shapiro–Wilk, $p = 0.202$), а гомогенність дисперсій підтверджено (Levene's test, $p = 0.501$). Отже, вибірка задовольняє вимоги для застосування параметричних методів обробки даних. З метою перевірки наявності відмінностей у рівнях професійного вигорання між представниками різних посадових категорій

проведено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), результати якого подано в табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA)

Показник	F	df ₁	df ₂	p	η^2	ω^2
Maslach Total	2.23	2	27	0.127	0.142	0.076

Примітка. η^2 (ета-квадрат) та ω^2 (омега-квадрат) відображають силу впливу посадового чинника на рівень професійного вигорання. Значення $\eta^2 = 0.142$ свідчить про помірну силу ефекту (близько 14 % варіації пояснюється посадою).

Отримані результати ANOVA показали, що статистично значущих відмінностей у загальному рівні професійного вигорання між групами не виявлено ($F(2,27) = 2.23$, $p = 0.127$). Водночас величина ефект-розміру ($\eta^2 = 0.142$, $\omega^2 = 0.076$) свідчить про помірний вплив чинника «посада» на рівень вигорання, що може вказувати на тенденцію до зростання показників серед молодших медичних сестер. Результати post-hoc аналізу (Games–Howell) підтвердили цю тенденцію: різниця між лікарями та молодшими медичними сестрами наближається до рівня статистичної значущості ($p = 0.112$), що вказує на схильність молодшого персоналу до вищого рівня емоційного виснаження.

Для уточнення напрямку та сили виявлених тенденцій було проведено незалежний t-тест для двох вибірок — лікарів та молодших медичних сестер. Отримано статистично значущу різницю у загальному рівні професійного вигорання ($t(15) = -2.47$, $p = 0.026$). Молодші медичні сестри характеризуються вищими показниками за шкалою вигорання ($M = 82.3$; $SD = 11.1$) порівняно з лікарями ($M = 65.5$; $SD = 12.1$). Перевірка припущень засвідчила відповідність даних критерію нормального розподілу (Shapiro–Wilk, $p = 0.153$) та гомогенність дисперсій (Levene, $p = 0.770$). Сила ефекту виявилася великою (Cohen's $d = 1.41$, 95 % CI [0.16; 2.62]), що свідчить про значний вплив посадового чинника на рівень професійного вигорання за методикою Маслач–Джексон. Порівняння між професійними групами за t-тестом подано в табл. 2.10.

Таблиця 2.10

Результати незалежного t-тесту для лікарів і молодших медичних сестер

Показник	t	df	p	Mean Difference	Cohen's d	95 % CI (d)
Maslach_Total	-2.47	15	0.026	-16.8	1.41	[0.16; 2.62]

Таким чином, незалежний t-тест підтвердив наявність суттєвих відмінностей між групами. Молодші медичні сестри демонструють вищі рівні емоційного виснаження та загального вигорання, ніж лікарі. Отримане значення Cohen's $d = 1.41$ свідчить про велику силу ефекту, тобто посадовий чинник має істотний вплив на рівень професійного вигорання.

Отже, за результатами аналізу за методикою Маслач–Джексон, істотних міжгрупових відмінностей не виявлено, однак спостерігається тенденція до більш високих рівнів вигорання серед молодшого медичного персоналу. Це може бути пов'язано з підвищеним фізичним навантаженням, меншою автономністю та обмеженими можливостями емоційного відновлення.

Для підвищення точності оцінювання, з урахуванням можливих незначних відхилень у дисперсіях, додатково проведено коригований варіант дисперсійного аналізу — Welch's ANOVA, який не потребує суворої рівності дисперсій.

З метою визначення можливих відмінностей у рівнях емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень між представниками різних професійних категорій медичного персоналу було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (Welch's ANOVA).

Цей метод дозволяє виявити, чи залежать показники вигорання від професійної належності. Результати представлені в табл. 2.11.

Таблиця 2.11

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (Welch's ANOVA)

Показник	F	df1	df2	p
Емоційне виснаження (EE)	4.47	2	9.09	0.044
Деперсоналізація (DP)	16.76	2	14.88	< .001
Редукція особистих досягнень (PA)	11.59	2	10.98	0.002
Загальний показник (Maslach_Total)	3.23	2	9.55	0.085

Результати показали, що рівень професійного вигорання суттєво відрізняється між групами ($p < 0,05$). Найбільш виражені відмінності виявлено за шкалами деперсоналізації та редукції особистих досягнень, що вказує на те, що професійна позиція істотно впливає на структуру вигорання.

Табл. 2.12 демонструє результати поглибленого аналізу здійснено порівняння середніх значень окремо для лікарів, медичних сестер і молодших медичних сестер.

Таблиця 2. 12

Описові статистики показників вигорання за професійними групами

Показник	Посада	N	Mean	SD
Емоційне виснаження (EE)	Лікар	13	26.08	8.98
	Медична сестра	13	25.38	12.89
	Молодша медична сестра	4	41.50	9.26
Деперсоналізація (DP)	Лікар	13	10.00	6.04
	Медична сестра	13	9.69	6.21
	Молодша медична сестра	4	20.00	2.45
Редукція особистих досягнень (PA)	Лікар	13	29.38	5.36
	Медична сестра	13	32.54	5.99
	Молодша медична сестра	4	20.75	3.59
Загальний показник (Maslach_Total)	Лікар	13	65.46	12.09
	Медична сестра	13	67.62	16.44
	Молодша медична сестра	4	82.25	11.09

Аналіз середніх значень показав, що молодші медичні сестри мають найвищі показники емоційного виснаження ($M = 41.50$), деперсоналізації ($M = 20.00$) та загального рівня вигорання ($M = 82.25$).

Це свідчить про вищу вразливість цієї групи до стресових чинників.

Для уточнення напрямку відмінностей було застосовано Post-Hoc аналіз

за критерієм Games–Howell, який не вимагає рівності дисперсій між групами. Відмінності між групами за результатами Post-Hoc аналізу відображено в табл. 2.13.

Таблиця 2.13

Результати Post-Hoc аналізу (Games–Howell)

Показник	Порівнювані групи	Mean difference	p	Значущість
Емоційне виснаження (EE)	Лікар – Молодша медсестра	-15.4	0.072	—
	Медсестра – Молодша медсестра	-16.1	0.065	—
Деперсоналізація (DP)	Лікар – Молодша медсестра	-10.0	< .001	***
	Медсестра – Молодша медсестра	-10.3	< .001	***
Редукція особистих досягнень (PA)	Лікар – Молодша медсестра	8.63	0.016	*
	Медсестра – Молодша медсестра	-11.79	0.003	**
Загальний показник (Maslach_Total)	Лікар – Молодша медсестра	-16.8	0.098	—
	Медсестра – Молодша медсестра	14.6	0.168	—

Примітка: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Результати множинних порівнянь показали, що молодші медичні сестри суттєво відрізняються від інших груп за рівнем деперсоналізації та редукції особистих досягнень.

Зокрема, у них виявлено вищу схильність до емоційного відсторонення ($p < 0,001$) та зниження самооцінки власних професійних результатів ($p < 0,01$).

Хоча різниця у показниках емоційного виснаження не є статистично достовірною ($p \approx 0.07$), вона має виразну тенденцію до зростання у молодшого медперсоналу.

З метою наочного представлення динаміки вираженості окремих компонентів синдрому професійного вигорання серед різних професійних груп було побудовано порівняльний графік середніх значень за трьома шкалами опитувальника Маслач–Джексон. Рис. 2.7 відображає розподіл середніх

показників емоційного виснаження (EE), деперсоналізації (DP) та редукції особистих досягнень (РА) серед лікарів, медичних сестер і молодших медичних сестер, що дає змогу простежити характерні тенденції прояву вигорання у кожній категорії персоналу.

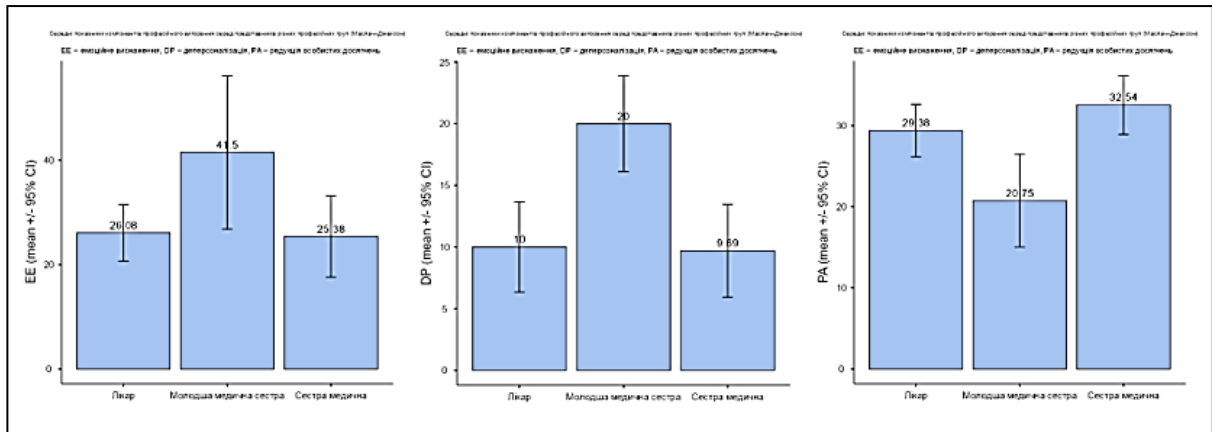


Рис. 2.7. Середні показники компонентів професійного вигорання серед представників різних професійних груп

Отримані результати свідчать про диференційований рівень прояву компонентів професійного вигорання серед різних категорій медичного персоналу. Найвищі показники емоційного виснаження (EE) та деперсоналізації (DP) спостерігаються у молодших медичних сестер, що відображає їхню підвищену емоційну напругу та вразливість до стресових чинників. Натомість медичні сестри демонструють вищий рівень особистісних досягнень (РА), що може свідчити про більшу професійну впевненість і стійкість до емоційного виснаження.

Таким чином, за результатами методики К. Масlach і С. Джексон СПВ серед медичного персоналу тилового госпіталю має помірний рівень вираженості.

Найбільш вираженим компонентом є емоційне виснаження, що свідчить про перевтому, втрату енергії та зниження мотивації.

Деперсоналізація проявляється як захисний механізм емоційного дистанціювання, але її високі показники у молодших медичних сестер можуть свідчити про ризик професійної деформації.

Редукція особистих досягнень у частини респондентів свідчить про

зниження задоволеності результатами своєї діяльності.

Професійна належність є визначальним чинником вигорання: найвищі показники спостерігаються у молодших медичних сестер, що підтверджує їхню підвищену вразливість до професійного стресу.

Отримані результати підкреслюють необхідність розроблення диференційованих програм психологічної підтримки для різних категорій медичного персоналу з урахуванням специфіки їх професійної діяльності.

2.2.3 Аналіз результатів за методикою «Дослідження синдрому «вигорання»» Дж. Грінберга

Для поглибленого вивчення рівня професійного вигорання серед цивільного медичного персоналу тилового госпіталю було використано методику «Дослідження синдрому «вигорання»» Дж. Грінберга, яка дозволяє оцінити загальний ступінь емоційного, когнітивного та фізичного виснаження, зумовленого професійними навантаженнями. Методика є опитувальником-скринінгом, який оцінює загальний рівень вигорання за сумою балів (0–20). Вона не має підшкал, тому в процесі обробки проводиться однофакторний аналіз, спрямований на визначення інтегрального рівня вираженості синдрому.

На основі отриманих результатів було здійснено підрахунок частот і відсоткового співвідношення респондентів, які належать до кожного рівня «вигорання», що ілюструє табл. 2.14.

Таблиця 2.14

Розподіл медичного персоналу за рівнями синдрому «вигорання»

Рівень «вигорання»	Кількість осіб (N)	% від вибірки
Низький	14	46,7 %
Середній	10	33,3 %
Високий	6	20,0 %
Усього	30	100 %

Як видно з таблиці, переважна більшість опитаних (46,7%) характеризується низьким рівнем професійного вигорання, що свідчить про збереження емоційної рівноваги, працездатності та задоволення від професійної діяльності. Середній рівень виявлено у 33,3% респондентів, що відображає часткові ознаки емоційного виснаження, зниження мотивації або епізодичні стресові реакції. Високий рівень (20%) демонструє наявність у частини персоналу ознак значного психоемоційного перенапруження, втому та зниження продуктивності праці.

Для наочного представлення отриманих даних було побудовано графік частотного розподілу рівнів професійного вигорання серед медичного персоналу представлений на Рис. 2.8.

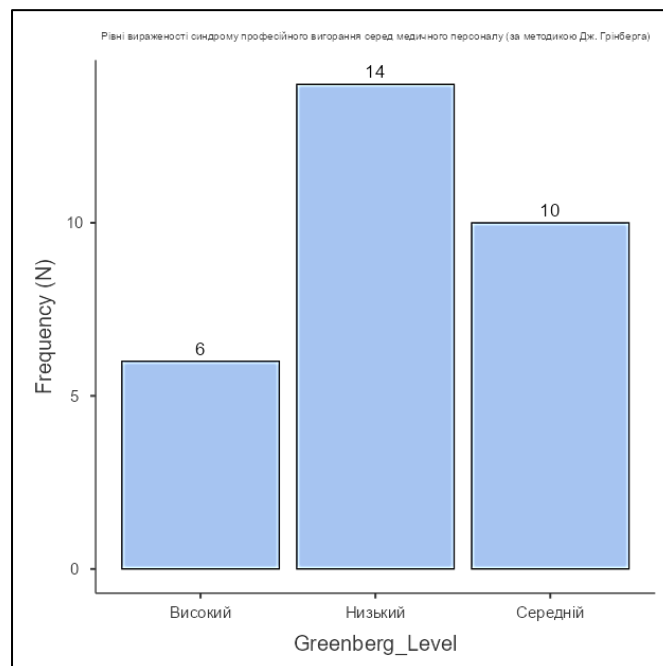


Рис. 2.8. Рівні вираженості синдрому професійного вигорання серед медичного персоналу

Як видно з рисунка, найчисельнішою групою є респонденти з низьким рівнем вигорання, що вказує на ефективні внутрішні ресурси та адаптаційні можливості персоналу.

Водночас кожен п'ятий учасник дослідження демонструє високий рівень емоційного виснаження, що може бути наслідком тривалого робочого навантаження, недостатньої підтримки з боку колег і керівництва, а також

специфіки роботи у воєнних умовах.

Для глибшого розуміння отриманих результатів було проведено аналіз розподілу рівнів синдрому «вигорання» залежно від посади; детальні результати відображено в табл. 2.15.

Таблиця 2.15

**Показники рівня професійного вигорання серед медичного персоналу
різних посад**

Посада	N	Mean	Median	Std. deviation	Min	Max
Лікар	13	7.00	5	5.89	0	16
Медична сестра	13	8.38	9	5.17	2	16
Молодша медична сестра	4	14.00	15.5	4.08	8	17

Попередня перевірка розподілу даних за критерієм Шапіро–Уїлка показала відсутність істотних відхилень від нормальності ($p > 0,05$), що дозволило застосувати параметричний дисперсійний аналіз.

Гомогенність дисперсій перевірено за допомогою тесту Лівена ($p = 0,221$), що свідчить про відсутність істотних відмінностей між групами.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей у рівнях вигорання між представниками різних посад було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (Welch's ANOVA). Виявлено тенденцію до зростання середніх показників вигорання зі зниженням посадового рівня ($p < 0,05$).

Отримані результати свідчать, що середні показники рівня професійного вигорання помітно відрізняються залежно від посади медичного працівника.

Найнижчі середні показники зафіксовано у лікарів ($M = 7,00$), що вказує на відносно збережений емоційний стан, помірний рівень стресу та високу здатність до саморегуляції.

Серед медичних сестер середній рівень вигорання становить $M = 8,38$, що можна розглядати як помірний ступінь прояву синдрому. Ця категорія демонструє часткові ознаки емоційного виснаження, проте без критичних наслідків для професійного функціонування.

Молодші медичні сестри мають найвищі показники вигорання ($M =$

14,00), що свідчить про виражене психоемоційне виснаження, втому та ризик зниження мотивації до професійної діяльності.

Для уточнення напрямків і ступеня відмінностей між професійними групами було проведено Post-Нос аналіз за критерієм Games–Howell, який не передбачає рівності дисперсій і підходить для невеликих вибірок. Результати множинних порівнянь показали, що між групами спостерігаються тенденційні відмінності, хоча вони не досягли статистично значущого рівня ($p > 0,05$). Найбільша різниця за середнім значенням рівня вигорання виявлена між молодшими медичними сестрами та лікарями (Mean difference = $-7,00$; $p = 0,070$), що підтверджує більш виражене емоційне виснаження у молодшого медперсоналу. Відмінності між лікарями та медичними сестрами (Mean difference = $-1,38$; $p = 0,801$), а також між сестрами медичними та молодшими медичними сестрами (Mean difference = $5,62$; $p = 0,137$) не є значущими.

Таким чином, попри відсутність статистично достовірних розбіжностей, простежується чітка тенденція до підвищення рівня вигорання зі зниженням посадового рівня, що узгоджується з результатами попередніх методик. Уточнені результати Post-Нос аналізу представлено в табл. 2.15а.

Таблиця 2.15а

Результати Post-Нос аналізу (Games–Howell) для показника професійного вигорання за методикою Дж. Грінберга

Порівняння груп	Mean difference	p	Значущість
Лікар – Молодша медична сестра	-7.00	0.070	—
Лікар – Медична сестра	-1.38	0.801	—
Медична сестра – Молодша медична сестра	5.62	0.137	—

Загальна тенденція свідчить, що ступінь вираженості синдрому «вигорання» зростає зі зниженням посади, чим нижчий посадовий рівень, тим вищий ризик емоційного виснаження.

Графічно це ілюструє Рис. 2.9.

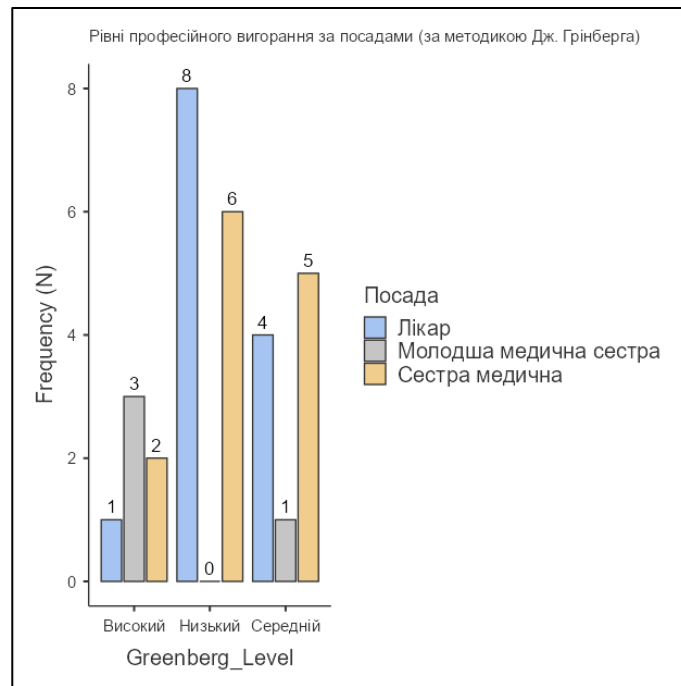


Рис. 2.9. Рівні професійного вигорання за посадами

Серед лікарів переважає низький рівень вигорання (8 осіб), що свідчить про наявність сформованих механізмів психологічного захисту, професійної зрілості та здатності до емоційного самоконтролю. Водночас високий рівень вигорання (1 особа) спостерігається рідко, хоча саме лікарі відзначають найбільшу інтенсивність робочого навантаження та відповідальність за прийняття рішень.

Серед сестер медичних простежується дещо інша тенденція: половина респондентів (6 осіб) має низький рівень вигорання, проте середній рівень (5 осіб) зустрічається досить часто. Це може свідчити про часткове емоційне виснаження, зумовлене тривалою взаємодією з пацієнтами, необхідністю виконання рутинних завдань та обмеженими можливостями впливу на процес лікування.

Молодші медичні сестри демонструють вищу частку осіб із високим рівнем вигорання (3 особи), що пояснюється значним фізичним навантаженням, однотипністю роботи, обмеженими можливостями професійного розвитку та нижчим рівнем соціальної підтримки в колективі. Низький рівень у цій групі (1 особа) спостерігається рідко.

Таким чином, можна констатувати, що найбільш уразливою категорією є молодші медичні сестри, тоді як найбільш стабільною у плані емоційної стійкості виявилася група лікарів.

Отримані результати підкреслюють важливість диференційованого підходу до психопрофілактики вигорання залежно від посади та специфіки професійних обов'язків.

У більшості медичних працівників, згідно з результатами методики Дж. Грінберга, виявлено низький або середній рівень вигорання, що свідчить про відносно збережений психоемоційний стан.

Високий рівень вигорання (20%) вказує на групу ризику, що потребує цільової психологічної підтримки.

Отримані результати підтверджують, що професійний стрес у тилових госпіталях має хронічний, але керований характер, який може бути мінімізований завдяки системним психопрофілактичним програмам.

Дана методика є ефективним інструментом для комплексної оцінки емоційного стану медичних працівників і визначення напрямів профілактичної роботи.

2.2.4 Аналіз результатів за методикою «Опитувальник для виявлення синдрому вигорання» Чабана О. С.

З метою оцінки рівня вираженості синдрому професійного вигорання серед медичних працівників було використано «Опитувальник для виявлення синдрому вигорання» (О. С. Чабан).

Методика являє собою скринінговий інструмент, що дозволяє визначити загальний рівень сформованості вигорання за сумою набраних балів (від 0 до 75). Вона не містить окремих підшкал, тому передбачає однофакторний аналіз отриманих результатів.

Кожна відповідь оцінюється у балах відповідно до ключа, який враховує вагомість окремих проявів синдрому. Сумарний бал відображає загальний рівень вигорання:

- 0–5 балів – відсутні ознаки синдрому;
- 6–21 бал – низький рівень (існує ймовірність формування вигорання);
- 22–59 балів – середній рівень (помірна ймовірність формування);
- 60–75 балів – високий рівень (висока ймовірність сформованого синдрому).

Для визначення загального розподілу респондентів за рівнями синдрому професійного вигорання було здійснено частотний аналіз (Frequencies) у Jamovi. Розподіл рівнів емоційного виснаження подано в табл. 2.16.

Таблиця 2.16

**Розподіл медичного персоналу за рівнями синдрому професійного
вигорання**

Рівень синдрому вигорання	Кількість (N)	% від вибірки	Кумулятивний %
Відсутні ознаки	1	3.3 %	3.3 %
Низький рівень	4	13.3 %	16.7 %
Середній рівень	25	83.3 %	100.0 %
Усього	30	100 %	—

Як видно з таблиці, переважна більшість респондентів (83,3 %) мають середній рівень проявів синдрому професійного вигорання. Низький рівень виявлено у 13,3 % опитаних, а відсутність ознак — лише у 3,3 %. Це свідчить про те, що для більшості медичних працівників вигорання перебуває на помірній стадії розвитку, без критичних деструктивних наслідків.

Розподіл рівнів синдрому професійного вигорання серед усіх обстежених медичних працівників подано на Рис. 2.10.

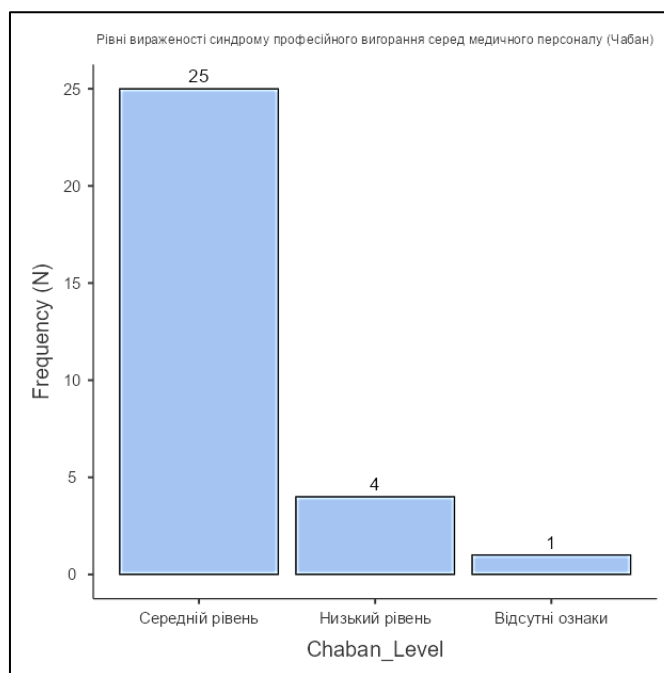


Рис. 2.10. Розподіл рівнів професійного вигорання серед медичного персоналу

Для виявлення особливостей прояву синдрому серед різних категорій персоналу було проведено порівняльний аналіз за посадою; узагальнені результати наведено в табл. 2.17.

Таблиця 2.17

Рівні професійного вигорання за посадами

Посада	N	Mean	Median	Std. deviation	Min	Max
Лікар	12	30.1	31.0	10.8	7	56
Медична сестра	13	30.3	31.0	12.4	4	54
Молодша медична сестра	5	31.4	30.0	8.62	21	45

Перед проведенням порівняльного аналізу дані було перевірено на відповідність нормальному розподілу за критерієм Шапіро–Уїлка (Shapiro–Wilk). Істотних відхилень від нормальності не виявлено ($p > 0,05$), що дозволило застосувати параметричні методи статистичної обробки.

Гомогенність дисперсій перевірено за допомогою тесту Лівена. Результати показали відсутність істотних відмінностей між групами ($F(2, 27) = 0,27$; $p = 0,769$), що свідчить про однорідність дисперсій і дозволяє коректно інтерпретувати порівняння середніх значень. Підсумкові результати

однофакторного дисперсійного аналізу (Welch's ANOVA) подано в таблиці 2.17а.

Таблиця 2.17а

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (Welch's ANOVA)

Показник	F	df1	df2	p
Chaban Total	0.036	2	13.0	0.965

Однофакторний дисперсійний аналіз (Welch's ANOVA) не виявив статистично значущих відмінностей у рівнях професійного вигорання між представниками різних посад ($F(2,13) = 0,04$; $p = 0,965$).

Для уточнення напрямків можливих розбіжностей між групами було проведено Post-Нос аналіз за критерієм Games–Howell, який підтвердив відсутність статистично значущих відмінностей між парами груп (усі $p > 0,90$). Отже, рівень професійного вигорання за методикою О. С. Чабана є відносно однорідним серед представників усіх посадових категорій.

Для наочного представлення результатів побудовано діаграму розподілу рівнів професійного вигорання за посадовими категоріями, її ілюструє Рис. 2.11.

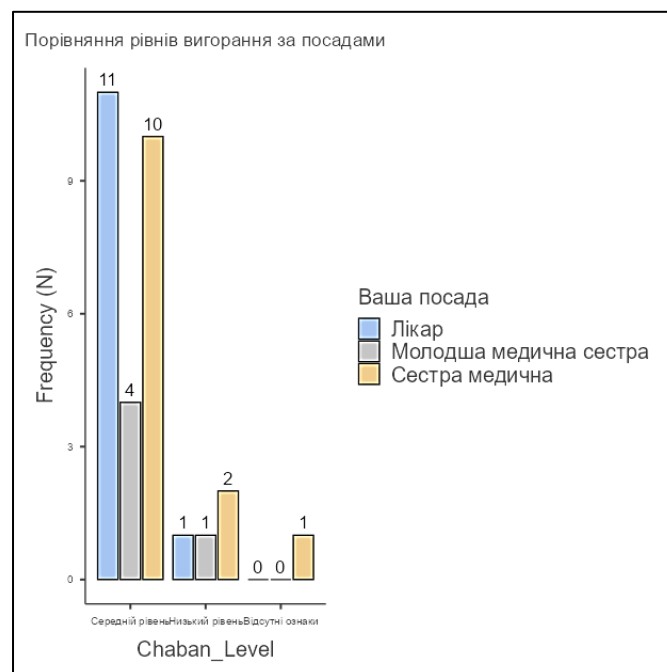


Рис. 2.11. Рівні професійного вигорання серед представників різних професійних груп

Отримані результати вказують на відносно однорідний рівень вигорання серед різних груп персоналу, однак спостерігається тенденція до його зростання у працівників нижчих посадових рівнів. Серед лікарів середній показник ($M = 30,1$; $SD = 10,8$) відображає помірний ступінь емоційного виснаження, який може бути компенсований професійною автономією та вищим рівнем контролю над робочими процесами. Медичні сестри ($M = 30,3$; $SD = 12,4$) мають подібні результати, проте виявляють більшу варіативність, що свідчить про індивідуальні відмінності у стійкості до стресу. Молодші медичні сестри ($M = 31,4$; $SD = 8,62$) демонструють найвищі середні показники, що може бути зумовлено фізичним навантаженням, рутинністю обов'язків та обмеженими можливостями самостійного прийняття рішень.

Загальна тенденція свідчить, що ступінь вираженості синдрому професійного вигорання зростає зі зниженням посади — тобто, чим нижчий посадовий рівень, тим вищий ризик емоційного виснаження.

Отримані результати цілком узгоджуються з попередніми висновками, отриманими за методикою Дж. Грінберга, підтверджуючи системний характер явища професійного вигорання у медичній сфері.

Методика Чабана О. С. ілюструє, що медичних працівників тилового госпіталю виявлено низький або середній рівень професійного вигорання, що свідчить про збереження загального психоемоційного балансу. Наявність осіб із високими показниками вигорання вказує на формування групи ризику, для якої доцільно проводити психопрофілактичні заходи.

Результати підтверджують, що емоційне виснаження у персоналу тилового госпіталю має помірний, але стійкий характер, зумовлений хронічним професійним стресом, специфікою воєнного періоду та високим рівнем відповідальності.

2.2.5 Аналіз результатів за методикою «Оцінка власного потенціалу «вигорання»» Дж. Гібсона

З метою комплексної оцінки рівня вигорання було використано методику Дж. Гібсона «Оцінка власного потенціалу «вигорання»», що дозволяє визначити ступінь емоційного виснаження, рівень деперсоналізації та особистої задоволеності роботою.

Опитувальник містить 18 тверджень, згрупованих у три компоненти:

- Деперсоналізація (пункти 1–4),
- Особиста задоволеність (пункти 5–11),
- Емоційне виснаження (пункти 12–18).

Оцінювання здійснювалося за 6-бальною шкалою від 1 («декілька разів на рік») до 6 («щодня»).

Після підрахунку середніх балів визначався рівень вигорання за кожною шкалою:

- 1–2,99 — низький рівень,
- 3–4,99 — середній рівень,
- 5 і вище — високий рівень.

Для оцінки відмінностей між посадовими групами («Лікар», «Молодша медична сестра», «Сестра медична») було здійснено описову статистику за кожним компонентом методики. Порівняльні середні значення за компонентами професійного вигорання подано в табл. 2.18.

Таблиця 2.18

Порівняльні показники компонентів синдрому «вигорання» серед представників різних посад

Посада	Depersonalization (M)	Personal Satisfaction (M)	Emotional Exhaustion (M)
Лікар	3.23	3.29	4.99
Молодша медична сестра	2.75	2.89	5.17
Сестра медична	3.02	3.34	4.51

Для детальнішої характеристики варіативності показників і перевірки стабільності результатів було обчислено описові статистики (середнє значення, стандартне відхилення, мінімальні та максимальні значення) для кожної професійної групи. Узагальнені дані представлено в таблиці 2.19.

Таблиця 2.19

Описові статистики компонентів синдрому професійного вигорання в різних професійних групах

Посада	N	Depersonalization M ± SD (Min–Max)	Personal Satisfaction M ± SD (Min–Max)	Emotional Exhaustion M ± SD (Min–Max)
Лікар	12	3.23 ± 1.28 (1.00–4.75)	3.29 ± 1.12 (2.14–5.86)	4.99 ± 0.68 (3.57–5.57)
Сестра медична	13	3.02 ± 1.55 (1.00–4.75)	3.34 ± 1.42 (1.29–6.00)	4.51 ± 1.44 (1.57–5.57)
Молодша медична сестра	5	2.75 ± 1.69 (1.00–4.75)	2.89 ± 1.24 (2.00–5.00)	5.17 ± 0.82 (3.71–5.57)

Аналіз таблиці показує, що середні значення у всіх групах коливаються в межах середнього рівня, однак стандартні відхилення свідчать про помітну варіативність показників, особливо серед сестер медичних і молодших медичних сестер, що може відображати індивідуальні відмінності у сприйнятті професійного навантаження.

Отримуємо такі результати:

1. Деперсоналізація.

Найвищі середні значення спостерігаються серед лікарів ($M = 3,23$), що свідчить про середній рівень відстороненості — наслідок високої відповідальності та необхідності зберігати емоційну дистанцію. У сестер медичних ($M = 3,02$) рівень трохи нижчий, що може відображати більшу емпатійність у догляді за пацієнтами. Молодші медичні сестри мають найнижчий показник ($M = 2,75$), характерний для низького рівня деперсоналізації.

2. Особиста задоволеність.

Показники задоволеності помірні у всіх групах. Найвищі — у сестер медичних ($M = 3,34$), що свідчить про позитивне ставлення до роботи; у лікарів

($M = 3,29$) показник близький, що демонструє збережену мотивацію. Молодші медичні сестри ($M = 2,89$) відзначаються нижчим рівнем, ймовірно через меншу автономність та престижність посади.

3. Емоційне виснаження.

Найвищі значення спостерігаються у молодших медичних сестер ($M = 5,17$), що відповідає високому рівню вигорання. У лікарів ($M = 4,99$) також фіксується високий рівень, однак їхній професійний статус забезпечує кращі можливості для відновлення. Сестри медичні ($M = 4,51$) демонструють помірну вираженість виснаження.

У цілому спостерігається тенденція до зростання рівня емоційного виснаження зі зниженням посади — тобто чим нижчий посадовий статус, тим більший ризик професійного виснаження. Натомість рівень особистої задоволеності роботою залишається помірним у всіх групах, що свідчить про наявність адаптаційних ресурсів.

Перед проведенням порівняльного аналізу перевірено статистичні припущення. За критерієм Шапіро–Уїлка (Shapiro–Wilk) для більшості змінних виявлено незначні відхилення від нормальності ($p < 0,05$), однак тест Лівена (Levene's) підтвердив гомогенність дисперсій для більшості шкал ($p > 0,05$), за винятком Emotional Exhaustion ($p = 0,028$). У зв'язку з цим було застосовано коригований варіант однофакторного аналізу дисперсії — Welch's ANOVA. Розподіл показників між групами ілюструє таблиця 2.20.

Таблиця 2.20

Результати міжгрупових відмінностей (Welch's ANOVA)

Компонент	F	df1	df2	p
Depersonalization	0.175	2	10.7	0.841
Personal Satisfaction	0.235	2	11.5	0.794
Emotional Exhaustion	0.780	2	11.3	0.481

Усі отримані значення $p > 0,05$, що вказує на відсутність статистично значущих відмінностей між посадовими групами за рівнем деперсоналізації, емоційного виснаження та особистої задоволеності. Додатковий Post-Hoc аналіз

Games–Howell також не виявив парних відмінностей між групами.

Отримані показники ефект-розміру свідчать про відсутність суттєвого впливу посадового чинника на жоден із компонентів професійного вигорання. Для шкали Depersonalization значення $\eta^2 = 0,014$ та $\omega^2 \approx 0$ вказують на дуже слабку силу ефекту (приблизно 1–2 % варіації показників пояснюється посадою). Аналогічно, для шкал Personal Satisfaction ($\eta^2 = 0,017$; $\omega^2 \approx 0$) та Emotional Exhaustion ($\eta^2 = 0,055$; $\omega^2 \approx 0,02$) отримані ефекти є малими, що підтверджує незначний вплив професійної позиції на рівень задоволеності роботою та емоційного виснаження. Розраховані коефіцієнти Cohen's d у Post-Hoc analysis (Games–Howell) демонструють малі розміри ефекту ($d = 0,14–0,33$) для всіх пар порівнянь, що узгоджується з результатами ANOVA ($p > 0,05$) і підтверджує відсутність статистично значущих міжгрупових розбіжностей. Таким чином, посадовий чинник має лише незначний і тенденційний вплив на рівні деперсоналізації, емоційного виснаження та особистої задоволеності, а основні відмінності можна розглядати в межах індивідуальної варіативності.

Це означає, що хоча спостерігаються певні тенденції (підвищене емоційне виснаження та нижча задоволеність у молодших медичних сестер), вони не є статистично значущими, тобто рівень вигорання загалом розподіляється відносно рівномірно серед усіх категорій персоналу.

Надійність опитувальника перевірено за допомогою коефіцієнта внутрішньої узгодженості Cronbach's α . Для шкали деперсоналізації $\alpha = 0,864$, для шкали особистої задоволеності $\alpha = 0,929$, для шкали емоційного виснаження $\alpha = 0,900$. Усі отримані значення перевищують 0,80, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості пунктів у межах кожної шкали та надійність методики Дж. Гібсона для використання у вибірці медичного персоналу тилового госпіталю.

Для графічного представлення отриманих даних було побудовано порівняльну стовпчикову діаграму середніх значень трьох компонентів вигорання серед представників різних посадових груп. На Рис. 2.12 видно, що лінії середніх значень компонентів розташовані близько одна до одної, що

підтверджує відсутність суттєвих міжгрупових відмінностей.

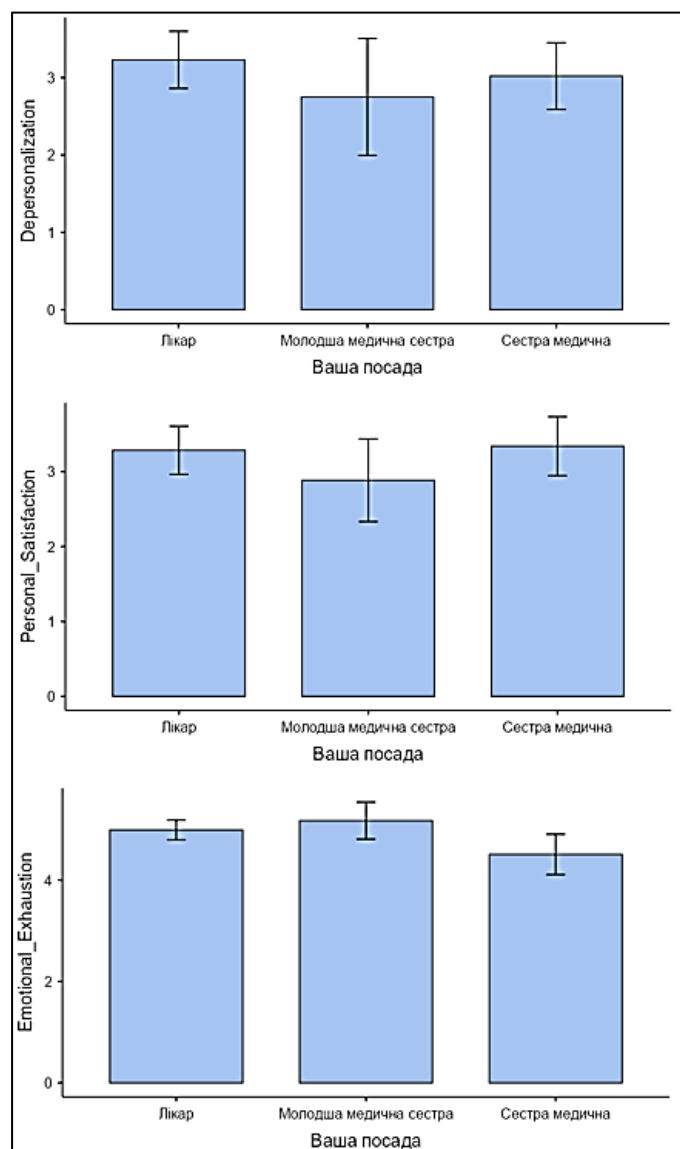


Рис. 2.12. Порівняння рівнів деперсоналізації, особистої задоволеності та емоційного виснаження серед медичного персоналу за посадами

Отримані результати за методикою Дж. Гібсона свідчать, що всі три компоненти професійного вигорання — емоційне виснаження, деперсоналізація та особиста задоволеність — проявляються у медичного персоналу тилового госпіталю на середньому рівні, що вказує на помірну вираженість синдрому. Найвищі показники емоційного виснаження виявлено серед молодших медичних сестер, що може бути пов'язано з підвищеним фізичним навантаженням, рутинністю професійних завдань, обмеженою автономією та недостатністю ресурсів для емоційного відновлення. Рівень деперсоналізації у лікарів і сестер медичних залишається помірним, що може свідчити про

збережені адаптаційні механізми та професійну стійкість. Загальний рівень задоволеності роботою у всіх групах залишається стабільним і середнім, що є позитивним прогностичним фактором підтримання професійної мотивації.

Статистично значущих міжгрупових відмінностей не виявлено ($p > 0,05$), що свідчить про відносну однорідність професійного навантаження в межах різних посадових категорій. Однак провідним ризиковим компонентом залишається емоційне виснаження, що потребує цілеспрямованих заходів психологічної профілактики та підтримки, особливо серед працівників нижчих посадових рівнів.

2.2.6 Кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками методик

Для з'ясування взаємозв'язків між компонентами синдрому професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в умовах воєнного часу було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнтів Пірсона (r) та Спірмена (ρ). До аналізу включено інтегральні та часткові показники за методиками В. В. Бойка, К. Масlach і С. Джексона, Дж. Грінберга, О. С. Чабана та Дж. Гібсона. Це дало змогу оцінити систему взаємозв'язків між емоційним виснаженням, деперсоналізацією, редукцією особистісних досягнень, професійною задоволеністю, психофізіологічним станом і загальним рівнем вигорання. Сила та напрям цих зв'язків відображені у таблиці 2.21.

Таблиця 2.21

Кореляційні зв'язки між показниками професійного вигорання медичного персоналу тилового госпіталю ($n = 30$)

Показники, між якими виявлено зв'язок	r (Пірсона)	ρ (Спірмена)	p	Напрямок і сила зв'язку
Maslach EE – Maslach DP	0.818	0.756	$< .001$	Сильний позитивний
Maslach EE – Maslach PA	-0.640	-0.677	$< .001$	Сильний негативний
Maslach DP – Maslach PA	-0.477	-0.509	0.008	Середній негативний

Maslach Total – Maslach EE	0.892	0.857	< .001	Сильний позитивний
Maslach Total – Maslach DP	0.900	0.867	< .001	Сильний позитивний
Maslach Total – Maslach PA	–.287	–0.377	0.040	Помірний негативний
Gibson DP – Chaban Total	0.679	0.770	< .001	Сильний позитивний
Gibson PA – Chaban Total	–0.767	–0.624	< .001	Сильний негативний
Gibson PA – Gibson DP	–0.418	–0.494	0.021	Середній негативний
Gibson EE – Chaban Total	0.863	0.838	< .001	Сильний позитивний
Gibson Total – Chaban Total	0.500	0.562	0.005	Помірний позитивний
Gibson Total – Gibson DP	0.851	0.864	< .001	Сильний позитивний
Gibson Total – Gibson EE	0.664	0.636	< .001	Сильний позитивний

Отримані результати показали наявність статистично значущих кореляційних зв'язків між основними компонентами професійного вигорання, що свідчить про їхню системну взаємодію. Показники емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистісних досягнень за шкалою Маслач–Джексона виявилися тісно взаємопов'язаними ($r = 0,818$ – $0,900$, $p < 0,001$). Це підтверджує, що синдром професійного вигорання має цілісну, багатовимірну структуру, у якій психоемоційні, когнітивні та поведінкові компоненти взаємопідсилюють один одного.

Так, між емоційним виснаженням (Maslach_EE) та деперсоналізацією (Maslach_DP) виявлено сильний позитивний зв'язок ($r = 0,818$, $p < 0,001$), що вказує: чим вищий рівень емоційного виснаження, тим частіше у медичних працівників проявляється відчуження та формальне ставлення до пацієнтів. Водночас емоційне виснаження має негативний зв'язок із показником особистих досягнень (Maslach_PA) ($r = -0,640$, $p < 0,001$), тобто зростання втоми і психологічного спустошення супроводжується зниженням відчуття професійної ефективності та задоволеності власною діяльністю.

Подібну тенденцію демонструє і зворотна кореляція між деперсоналізацією та особистими досягненнями ($r = -0,477$, $p = 0,008$), що свідчить про те, що зі зростанням рівня деперсоналізації медичні працівники рідше переживають професійне задоволення та відчуття значущості власної діяльності.

Загальний інтегральний показник вигорання за шкалою Маслач–Джексона (Maslach_Total) має високі позитивні зв'язки з емоційним виснаженням ($r =$

0,892, $p < 0,001$) та деперсоналізацією ($r = 0,900$, $p < 0,001$), що вказує на їхній вирішальний внесок у формування синдрому вигорання. Водночас спостерігається негативна кореляція між загальним рівнем вигорання та особистими досягненнями ($r = -0,377$, $p = 0,04$), тобто зниження почуття ефективності та реалізованості є наслідком хронічного емоційного виснаження.

Високу узгодженість отримано між результатами за різними методиками. Так, показники за опитувальником Дж. Гібсона значно корелюють із результатами за шкалою О. С. Чабана. Зокрема, деперсоналізація за Дж. Гібсоном (Gibson_DP) прямо пов'язана з рівнем вигорання за О. С. Чабаном ($r = 0,679$, $p < 0,001$), а емоційне виснаження (Gibson_EE) – із ще вищим коефіцієнтом ($r = 0,863$, $p < 0,001$). Це свідчить про високу конвергентну валідність методик і про те, що вони вимірюють споріднені психологічні феномени.

Показник професійної задоволеності (Gibson_PA) має сильні негативні зв'язки з рівнем вигорання ($r = -0,767$, $p < 0,001$) та деперсоналізацією ($r = -0,418$, $p = 0,021$), що демонструє: зменшення задоволеності роботою супроводжується емоційним виснаженням та відчуженням. Таким чином, почуття професійної реалізованості виступає своєрідним буфером, який знижує ризик розвитку вигорання у медичних працівників.

Загальний показник за шкалою Дж. Гібсона (Gibson_Total) суттєво корелює з компонентами опитувальника К. Масlach і С. Джексон — деперсоналізацією ($r = 0,851$) та емоційним виснаженням ($r = 0,664$, $p < 0,001$), а також з інтегральним показником методики О. С. Чабана ($r = 0,500$, $p = 0,005$). Це дозволяє говорити про системність і взаємозумовленість проявів професійного вигорання, що підтверджується односпрямованими результатами різних опитувальників.

Для наочнішого представлення отриманих результатів та виявлених закономірностей було побудовано матрицю парних кореляцій між усіма загальними показниками вигорання за різними методиками. Цей графічний аналіз дозволяє візуально простежити напрями та інтенсивність

взаємозв'язків між компонентами емоційного виснаження, деперсоналізації, професійної задоволеності й загальних рівнів вигорання. На Рис. 2.13 відображено взаємозв'язки між показниками, що виявилися статистично значущими в межах кореляційного аналізу.

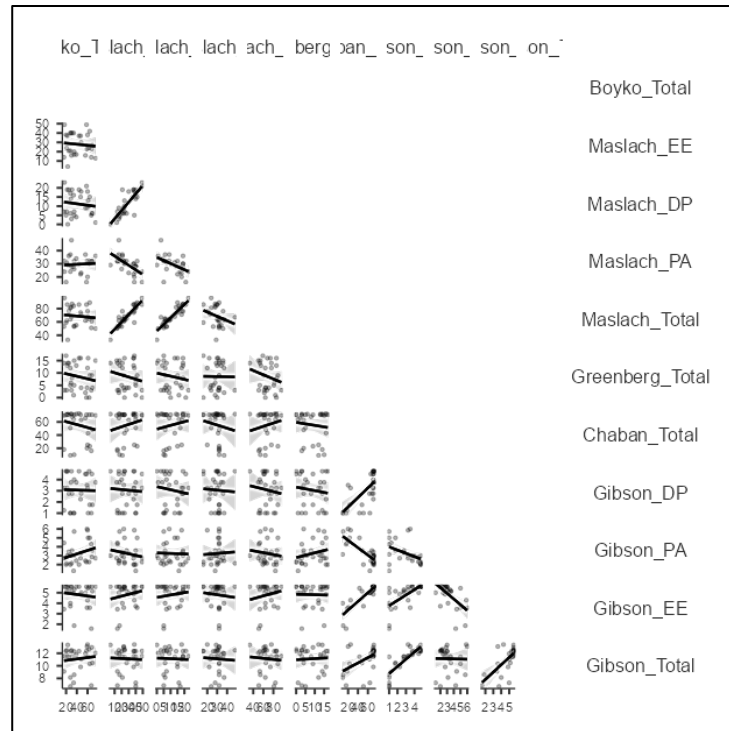


Рис. 2.13. Графічне відображення взаємозв'язків між інтегральними показниками професійного вигорання за різними методиками ($n = 30$)

Примітка. На графіку представлено матрицю кореляцій між сумарними показниками опитувальників В. В. Бойка, К. Масlach і С. Джексон, Дж. Грінберга, О. С. Чабана та Дж. Гібсона. Позитивні нахили ліній тренду вказують на прямий (позитивний) зв'язок між змінними, тоді як негативні — на обернений. Щільність скупчення точок відображає силу взаємозв'язку між компонентами.

Візуальний аналіз рисунка демонструє, що показники емоційного виснаження (Maslach_EE, Gibson_EE, Boyko_Total, Chaban_Total) мають найтісніші позитивні кореляції між собою, формуючи центральне ядро синдрому професійного вигорання. Натомість змінна Gibson_PA (професійна задоволеність) має обернені зв'язки з усіма іншими компонентами, що підтверджує її роль як захисного чинника. Така візуальна структура відображає чітку системну взаємодію між афективними, когнітивними та мотиваційними компонентами вигорання, а також узгодженість різних психодіагностичних інструментів у межах спільного конструкту.

Отримані кореляційні зв'язки засвідчують, що емоційне виснаження є системоутворювальним компонентом синдрому професійного вигорання медичних працівників тилового госпіталю. Умови роботи в тилових медичних закладах під час воєнних дій — підвищена інтенсивність навантажень, нестача ресурсів, постійна тривога та емоційна напруга — формують послідовну динаміку психологічних реакцій, що проявляється у зростанні виснаження, подальшому емоційному дистанціюванні та зниженні відчуття професійної ефективності.

Позитивні кореляції між емоційним виснаженням, деперсоналізацією та редукцією особистісних досягнень свідчать про цілісність і взаємозумовленість компонентів професійного вигорання. Зниження професійної задоволеності пов'язане з підвищенням інтенсивності цих проявів, що відображає трансформацію мотиваційно-ціннісної сфери та поступову втрату суб'єктивного сенсу професійної діяльності.

Професійна задоволеність виконує виражену регулятивну функцію: високе відчуття реалізованості та значущості своєї роботи асоціюється з нижчими рівнями емоційного виснаження та емоційного дистанціювання. Натомість комбінований вплив зниження цього відчуття, фізичного перевантаження, тривалої емоційної напруги та моральної відповідальності за життя пацієнтів підвищує ймовірність розвитку дезадаптивних психологічних станів.

Узагальнені результати кореляційного аналізу підтверджують, що синдром професійного вигорання має багатокomпонентну структуру, у якій інтегруються емоційні, когнітивні та мотиваційно-ціннісні характеристики. Встановлені кореляції між показниками різних опитувальників засвідчують високий рівень узгодженості й надійності емпіричних даних, що дає підстави розглядати емоційне виснаження як ключовий предиктор професійного вигорання медичного персоналу, а професійну задоволеність — як значущий захисний психологічний чинник.

2.2.7 Оцінка надійності психодіагностичних інструментів

Перевірка надійності психодіагностичних методик є обов'язковою складовою емпіричного етапу дослідження, оскільки саме вона визначає ступінь внутрішньої узгодженості пунктів, стабільність результатів і точність вимірювання психологічних конструктів. Для цього було розраховано коефіцієнти Cronbach's α та McDonald's ω , які характеризують рівень гомогенності шкал і відображають ступінь їхньої внутрішньої консистентності. Відповідно до наукових стандартів (Nunnally, 1978; Tavakol & Dennick, 2011), значення $\alpha \geq 0,70$ свідчать про прийнятну, $\alpha \geq 0,80$ — про високу, а $\alpha \geq 0,90$ — про відмінну надійність методики.

Методика В.В. Бойка «Діагностика синдрому емоційного вигорання».

Розраховані показники внутрішньої узгодженості підтвердили високу надійність усіх трьох фаз синдрому:

- Фаза «Напруження» — $\alpha = 0,936$; $\omega = 0,935$;
- Фаза «Резистенція» — $\alpha = 0,854$; $\omega = 0,870$;
- Фаза «Виснаження» — $\alpha = 0,926$; $\omega = 0,931$.

Отримані коефіцієнти перевищують критичний рівень 0,80, що свідчить про високу внутрішню узгодженість пунктів і стабільність шкал. Детальний аналіз показав, що у фазі «Напруження» найвищі коефіцієнти item–rest кореляції спостерігаються для пунктів Q15, Q26 і Q2_R, що відображає ключову роль когнітивно-емоційного компоненту в розвитку напруження. У фазі «Резистенція» показники деяких інверсних пунктів (зокрема Q18_R, Q31_R, Q44_R) мали негативну кореляцію з загальною шкалою, однак після корекції вони не вплинули на загальний рівень α . Фаза «Виснаження» демонструє найвищу структурну гомогенність, що узгоджується з теоретичним уявленням про завершальну, найбільш стабільну стадію синдрому професійного вигорання. Таким чином, методика В. В. Бойка забезпечує високий рівень надійності й може використовуватися для детальної діагностики

структури вигорання у медичних працівників.

Методика К. Масlach та С. Джексона «Maslach Burnout Inventory».

Отримані результати підтвердили високу внутрішню узгодженість усіх субшкал:

- Емоційне виснаження (EE) — $\alpha = 0,944$; $\omega = 0,945$;
- Деперсоналізація (DP) — $\alpha = 0,861$; $\omega = 0,866$;
- Редукція особистісних досягнень (PA) — $\alpha = 0,800$; $\omega = 0,811$.

Високі значення α для шкал EE та DP вказують на відмінну надійність емоційних та міжособистісних показників. Дещо нижчий коефіцієнт для шкали PA є очікуваним, оскільки вона є зворотною за змістом — високі бали відображають збережену професійну мотивацію і низьке вигорання. Таким чином, MBI виявив високу внутрішню узгодженість і стабільність результатів, що повністю відповідає світовим психометричним нормам застосування опитувальника Масlach–Джексона у клінічних і професійних вибірках.

Методика Дж. Грінберга «Професійне вигорання».

Загальний коефіцієнт надійності для всієї шкали склав $\alpha = 0,928$; $\omega = 0,928$, що свідчить про відмінну внутрішню узгодженість і високий ступінь гомогенності тверджень. Найвищі item–rest кореляції спостерігаються для пунктів Q1, Q2, Q11 і Q20, що відображає стабільність центральних показників емоційного виснаження і когнітивної дезінтеграції. Отже, опитувальник Дж. Грінберга є високонадійним інструментом для діагностики рівня професійного вигорання, придатним для дослідження вибірок, які працюють в умовах хронічного стресу та підвищеного емоційного навантаження.

Методика О. С. Чабана «Психоемоційне виснаження».

Методика продемонструвала найвищі показники внутрішньої узгодженості серед усіх використаних інструментів: $\alpha = 0,962$; $\omega = 0,984$. Такі значення свідчать про надзвичайно високу гомогенність пунктів і відмінну чутливість шкали до змін психоемоційного стану. Найвищі кореляції між пунктом і шкалою виявлені для запитань Q2, Q13, Q29, Q31, Q43, Q45 — що

підтверджує системність проявів емоційного виснаження та його багатовимірну структуру. Отже, опитувальник О. С. Чабана є надзвичайно надійним психодіагностичним засобом для вимірювання стану емоційного виснаження медичних працівників у кризових умовах діяльності.

Методика Дж. Гібсона «Оцінка власного потенціалу вигорання».

Після реверсії шкали Personal Satisfaction отримано такі результати:

- Загальна шкала — $\alpha = 0,785$; $\omega = 0,816$;
- Item–rest кореляції варіюють у межах 0,55–0,76, що відповідає задовільному рівню внутрішньої узгодженості.

Отримані значення свідчать про прийнятну психометричну надійність методики. Порівняно нижчий α пояснюється меншою кількістю пунктів (18 тверджень) і ширшим діапазоном оцінювання (1–6), що зумовлює більшу варіативність відповідей. Водночас шкали деперсоналізації, емоційного виснаження та професійної задоволеності демонструють стабільну внутрішню структуру й високу теоретичну узгодженість, що підтверджує їхню придатність для оцінки рівня професійного вигорання в медичного персоналу тилового госпіталю.

Узагальнені показники внутрішньої узгодженості психодіагностичних методик подано в таблиці 2.22.

Таблиця 2.22

Показники внутрішньої узгодженості (надійності) психодіагностичних методик, застосованих у дослідженні професійного вигорання медичного персоналу тилового госпіталю

Методика	Підшкали	Cronbach's α	McDonald's ω	Рівень надійності
Бойко	Напруження	0.936	0.935	Високий
	Резистенція	0.854	0.870	Високий
	Виснаження	0.926	0.931	Високий
Маслач–Джексон	ЕЕ	0.944	0.945	Відмінний
	DP	0.861	0.866	Високий
	РА	0.800	0.811	Достатній
Грінберг	Загальна шкала	0.928	0.928	Відмінний
Чабан	Загальна шкала	0.962	0.984	Дуже високий
Гібсон	Загальна шкала	0.785	0.816	Прийнятний

Отримані результати підтвердили високу психометричну надійність використаних інструментів. Усі методики продемонстрували значення Cronbach's α вище 0,78, що відповідає вимогам до науково обґрунтованих психодіагностичних засобів. Методики Бойка, Маслач–Джексона, Грінберга та Чабана характеризуються високою і відмінною внутрішньою узгодженістю, що свідчить про точність, стабільність і структурну цілісність вимірюваних конструктів. Методика Дж. Гібсона має прийнятну надійність, що пояснюється її короткою формою та гетерогенністю шкал, однак результати залишаються статистично достовірними. Загалом отримані коефіцієнти свідчать, що всі використані психодіагностичні інструменти є валідними, репрезентативними та придатними для вивчення психологічних особливостей професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю під час воєнних дій.

2.3 Психологічні умови корекції професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій

Концептуальні засади корекції та принципи побудови інтервенцій.

Спираючись на результати Розділу 2.2, синдром професійного вигорання у медичного персоналу тилового госпіталю має багатовимірну структуру, в центрі якої — емоційне виснаження, посилене деперсоналізацією та, для частини респондентів, редукацією особистих досягнень. Професійна задоволеність виконує буферну (захисну) функцію. Найуразливішою категорією є молодші медичні сестри (підвищені показники за фазами Бойка, тенденційно вищі за шкалами MBI, вищий рівень за Грінбергом).

Звідси впливають принципи корекції:

1. Мультирівневість (організаційний, командний, індивідуальний рівні).
2. Диференціація за посадою та фазою СПВ (Бойко: «Напруження»,

«Резистенція», «Виснаження»).

3. Емпірична валідизація (цілі та індикатори програми напряду корелюють з вимірюваними шкалами MBI, Boyko_Total, Chaban_Total, Gibson).
4. Ресурсно- та безпеково-орієнтований підхід (воєнні умови, обмеженість часу/кадрів/матеріальних ресурсів).
5. Етичність і недирективність (добровільність участі, конфіденційність, недопущення вторинної травматизації під час обговорення критичних інцидентів).

Цілі корекції :

- Зменшення емоційного виснаження (MBI-EE; Boyko «Виснаження»; Gibson_EE; Chaban_Total).
- Зниження деперсоналізації та емоційного дистанціювання (MBI-DP; Boyko «Резистенція» — симптоми економії емоцій, редукції обов'язків).
- Підтримка/зростання професійної задоволеності та ефективності (MBI-PA↑; Gibson_PA↑).
- Фіксація та зниження частки осіб з високим рівнем вигорання (за Грінбергом і Чабаном).
- Зміцнення командної підтримки і якості управлінських практик (опосередковано знижує EE/DP).

Модель психологічної корекції: три рівні впливу.

А) Організаційний рівень (умови праці та управлінські практики).

Механізм впливу: модифікація зовнішніх стресорів → зниження кумулятивного навантаження → зменшення EE та DP, зростання PA.

1. Раціоналізація змінності та відпочинку.
 - Стандарти мікроперерв (5–10 хв кожні 90–120 хв безперервної праці); оперативні «тихі зони» для короткої релаксації.
 - Запобігання надмірно довгим змінам; контроль кумулятивного перевантаження в «пікові» періоди (масові надходження).
2. Протоколи критичних інцидентів.
 - Короткий «деф'юзинг» після важких випадків (10–15 хв, без деталізації

травматичних обставин, фокус на стабілізації й нормалізації реакцій).

- Обмеження «повторного програвання подій»; за потреби — скерування на індивідуальну сесію.
3. Комунікаційні регламенти і справедливий розподіл навантаження.
 - Чіткі ролі, пріоритезація завдань, прозорий алгоритм ескалації складних рішень.
 - Ротація найбільш емоційно виснажливих завдань (щоб не «застрягали» у молодшого персоналу).
 4. Супервізія та психологічна підтримка персоналу.
 - Щомісячні групові супервізії для лікарів і сестер; обов'язкові для підрозділів з підвищеним рівнем ЕЕ.
 - «Вікно консультацій» психолога 1–2 рази на тиждень.
 5. Політика визнання і смислотворення.
 - Короткі «де-брифінги» з фіксацією позитивних результатів/внесків; відмітки досягнень команди.
 - Наголоси на професійній і громадянській місії — підсилює РА і знижує DP.

Очікуваний ефект: зменшення Воуко «Резистенція/Виснаження», MBI–EE/DP, Chaban_Total; підвищення MBI–РА.

Б) Командний рівень (інтервенції для підрозділів/змін).

Механізм впливу: підвищення якості взаємодії, соціальної підтримки і колективної регуляції емоцій.

1. Тренінг коротких навичок взаємопідтримки в команді (2–3 модулі по 90 хв, раз/тиждень):
 - «Емоційний чек-ін» у зміні (2 хв/людину, без деталей травми).
 - Активне слухання під час передачі зміни (структура SBAR).
 - «М'які» відмови та прохання про допомогу (асертивність без конфлікту).
 - Мікроінтервенції для зниження напруги в моменті (дихання 4–4–6, заземлення 5–4–3–2–1).

2. Профілактика деперсоналізації.

- Командні мікро-ритуали емпатійної присутності: одна фраза людяності в комунікації з пацієнтом; рефлексія «що вдалося» наприкінці зміни.
- «Техніка двох питань» у команді: «Що було найскладнішим?» / «Що допомогло впоратися?».

3. Навички управління конфліктами і ролями.

- Розбір типових кейсів розподілу задач у пікові години; алгоритми швидкого узгодження рішень.
- Профілактика «рольової нечіткості» (ключовий фактор ЕЕ).

Очікуваний ефект: зниження MBI–DP, Воуко «Резистенція» (симптоми економії емоцій), стабілізація ЕЕ через соціальну підтримку.

В) Індивідуальний рівень (цільові психотехніки й консультування).

Механізм впливу: розвиток особистісних стратегій емоційної саморегуляції, когнітивної переробки стресу, смислотворення.

Базовий протокол (6–8 сесій по 45–60 хв, 1 раз/тиждень; можливі «мікросесії» 20 хв у воєнних умовах):

1. Психоедукація про СПВ (норма стрес-реакцій, ознаки ЕЕ/DP, «червоні прапорці», план самодопомоги).
2. Короткі техніки стабілізації (подих, прогресивна релаксація, зосереджена увага на відчуттях тіла; ресурсні образи).
3. КПТ-методи (виявлення автоматичних думок «я не справляюся», когнітивна реструктуризація, тренування гнучкого мислення).
4. Mindfulness/методи усвідомленості (1–2 вправи на день по 3–5 хв: сканування тіла, «стоп-пауза», уважне дихання).
5. Профілактика деперсоналізації: робота з цінностями—АСТ-підхід (ідентифікація особистих і професійних цінностей, щоденні «мікро-кроки» відповідно до них).
6. Робота зі сном і відновленням (гігієна сну, короткі денні релаксації замість безсонних «перегорань»).
7. План «особистої підтримки» (2–3 контактні особи, алгоритм звернення,

межі доступності).

8. Профілактика вторинної травматизації (обмеження експозиції до травмувального контенту поза роботою, медіадетокс, «перемикання»).

Диференціація за фазами Бойка:

- «Напруження»: акцент на стабілізації, дихальних техніках, КПТ-роботі з тривогою/самокритикою, навичках тайм-менеджменту.
- «Резистенція»: фокус на відновленні емпатійності без емоційного виснаження (кордони, «дозована» емпатія), тренування асертивності.
- «Виснаження»: пріоритет — відновлення, зниження навантаження, короткі підтримувальні сесії; за показаннями — скерування до клінічного психолога/психіатра.

Групи підвищеного ризику (молодші медичні сестри):

- Програма «Мікроресурси зміни» (4 модулі по 60 хв): мікроперерви, тілесно-орієнтовані техніки, КПТ-підхід до рутинних стресорів, тренування запиту підтримки в зміні.
- Наставництво (пара «наставник– піднаставний» з медсестрами/лікарями), щотижневий 10-хв «чек-ін».

Очікуваний ефект: зниження EE/DP, підвищення PA; покращення Gibson_PA, зменшення Chaban_Total.

Алгоритм впровадження програми у тиловому госпіталі.

1. Етап 1. Базова діагностика (T0). Рекомендовано використати MBI (EE, DP, PA), Boyko_Total (і по фазах), Chaban_Total, Gibson (DP, EE, PA), Грінберг — для скринінгу рівнів і визначення груп ризику.
2. Етап 2. Планування: визначення координатора програми; погодження графіків мікроінтервенцій у змінах; затвердження «критичних протоколів» (деф'юзинг).
3. Етап 3. Навчання керівників і старших медсестер (3 години): базові навички підтримуючого менеджменту, помітні «ризикові» маркери, алгоритм скерування до психолога.
4. Етап 4. Запуск командних інтервенцій (2–3 тижні): тренінг

взаємопідтримки, запровадження мікроперерв, «чек-інів» та «дебрифінгів».

5. Етап 5. Індивідуальні та групові сесії для цільових груп (переважно молодший персонал; за запитом — усі категорії).
6. Етап 6. Моніторинг і корекція: короткі опитування раз на 2–4 тижні; корекція графіків і змісту інтервенцій.
7. Етап 7. Переоцінка (T1 на 8–10-му тижні) тими самими інструментами; аналіз динаміки; рекомендації на наступний цикл.

Оцінка ефективності та індикатори результату.

Первинні індикатори:

- ↓ MBI–EE та MBI–DP (клінічно значуще зниження $\geq 0,5$ SD від T0), ↑ MBI–PA.
- ↓ Воуко «Резистенція», «Виснаження»; ↓ Chaban_Total; ↓ частка «високого» рівня за Грінбергом.
- За Гібсоном: ↓ EE і DP; ↑ PA.
- Вторинні індикатори:
- ↓ частота пропусків змін із немедичних причин; ↓ конфліктів у зміні; ↑ задоволення умовами праці (коротка шкала 5 пунктів).
- Якісні відгуки учасників (1–2 відкриті питання).
- Аналітичний підхід:
- Порівняння T0–T1 (t-тести/непараметричні аналоги за потреби), ефект-розміри (Cohen's d).
- Кореляції $\Delta EE/\Delta DP$ з участю в інтервенціях (доза–відповідь).
- За можливості — контрольна група відділення з відтермінованим стартом.

Етичні та безпекові умови.

- Добровільність, інформована згода, конфіденційність даних; не шкодити («do no harm»).
- Обмеження повторної експозиції травматичного контенту; нехайне

скерування у випадках гострої дистрес-реакції.

- Сумісність із режимом воєнного часу: гнучкі формати (мікросесії, телепідтримка), безперервність критичних служб.

Обмеження та шляхи мінімізації.

- Ресурсні обмеження (кадрові/часові) → мікроінтервенції вбудовані у зміну; підготовка внутрішніх фасилітаторів.
- Динаміка загальновійськової ситуації → модульність психологічних інтервенцій і пріоритезація коротких технік стабілізації.
- Ризик стигматизації → комунікація «підтримка = професійний стандарт», анонімні канали звернення.

Очікувані результати і практичні рекомендації.

Впровадження запропонованих психологічних умов корекції має забезпечити зниження емоційного виснаження і деперсоналізації, підвищення професійної задоволеності, скорочення частки осіб із високим рівнем вигорання, особливо серед молодших медичних сестер. Рекомендується інтегрувати програму у стандарт операційної діяльності підрозділів та здійснювати регулярний моніторинг (щонайменше раз на квартал) і проводити повторні діагностики валідованими методиками (В. В. Бойка, К. Маслач і С. Джексон, О. С. Чабана, Дж. Гібсона та Дж. Грінберга) для підтвердження ефекту та корекції підходів.

2.4 Практичні рекомендації щодо профілактики та подолання професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій

Отримані в дослідженні результати та запропонована в підрозділі 2.3 мультирівнева модель психологічної корекції професійного вигорання дозволяють сформулювати системні практичні рекомендації для адміністрації

тилових госпіталів, керівників підрозділів та фахівців з психологічної допомоги.

Профілактика і подолання синдрому професійного вигорання в умовах воєнного часу потребують інтегрованого підходу, що поєднує організаційні, психосоціальні та освітні заходи й забезпечує їх узгодженість на рівні установи, команд та окремих працівників. Особливої актуальності такі заходи набувають з огляду на підвищене емоційне навантаження, хронічну напруженість та ресурсну обмеженість роботи цивільного медичного персоналу тилових госпіталів.

Запропонований комплекс рекомендацій узгоджується з оновленими Методичними рекомендаціями Міністерства охорони здоров'я України щодо профілактики професійного вигорання медичних працівників (Наказ МОЗ № 923 від 04.06.2025. Документ визначає багаторівневу систему профілактики, що включає організаційні заходи (оптимізація графіків роботи, ротація на емоційно виснажливих посадах, створення психологічно безпечного середовища), психоосвітні програми (тренінги емоційної саморегуляції, стресменеджменту, розвитку навичок *mindfulness*), а також психосоціальну підтримку (супервізії, інтервізії, групи емоційного розвантаження). Окремий акцент зроблено на необхідності регулярного моніторингу емоційного стану персоналу та забезпеченні доступу до кваліфікованої психологічної допомоги. Врахування цих положень дозволяє сформулювати системний підхід до попередження вигорання та підвищення стійкості медичного персоналу тилових госпіталів [23].

Метою практичних рекомендацій є зменшення рівня емоційного виснаження та деперсоналізації, підвищення професійної задоволеності й суб'єктивної ефективності медичного персоналу шляхом цілеспрямованого впливу на виявлені провідні компоненти структури синдрому професійного вигорання.

Основні завдання:

- усунення або пом'якшення ключових організаційних стресорів,

пов'язаних з режимом роботи, розподілом навантаження та управлінськими практиками;

- посилення командної згуртованості і якості професійної взаємодії, розвиток навичок взаємопідтримки;
- формування в медичних працівників ефективних стратегій емоційної саморегуляції, когнітивної переробки стресу та відновлення;
- диференційована підтримка груп підвищеного ризику (передусім молодших медичних сестер);
- запровадження систематичного моніторингу та оцінювання динаміки стану професійного вигорання.

Усі рекомендації безпосередньо пов'язані з використаними у дослідженні психодіагностичними індикаторами: шкалами К. Масlach та С. Джексон (MBI: EE, DP, PA), опитувальником В. В. Бойка (фази «Напруження», «Резистенція», «Виснаження», Boyko_Total), шкалою О. С. Чабана (Chaban_Total), методикою Дж. Гібсона (EE, DP, PA) та оцінкою рівня вигорання за Дж. Грінбергом.

Організаційний рівень: регламентація умов праці та підтримуючі управлінські практики.

На організаційному рівні доцільно:

1. Оптимізувати змінність і режим відпочинку.

Рекомендується запровадження регламентованих мікроперерв, уникнення надмірної тривалості змін, особливо в періоди пікового навантаження, та створення умов для короточасного відновлення (спеціально виділені «тихі зони» тощо). Очікується зниження показників емоційного виснаження (MBI–EE, Boyko «Виснаження», Chaban_Total).

2. Формалізувати протоколи реагування на критичні інциденти.

Доцільним є впровадження коротких структурованих процедур психологічної підтримки персоналу після особливо тяжких випадків (формати деф'юзингу/дебрифінгу без детальної експозиції травматичного матеріалу) з можливістю подальшого скерування на індивідуальну консультацію. Такі заходи сприяють зниженню деперсоналізації та симптомів «емоційної

економії» (MBI–DP, Boyko «Резистенція»).

3. Забезпечити справедливий розподіл завдань і чіткість ролей.

Важливим є уникнення концентрації емоційно виснажливих функцій на молодшому персоналі, запровадження ротації на важких ділянках, а також деталізованих алгоритмів ескалації складних рішень і стандартизованих форматів професійної комунікації (наприклад, SBAR). Це дозволяє знизити загальний рівень стресу та рольової невизначеності, що відображається у зниженні EE/DP та зростанні PA.

4. Інституціоналізувати супервізію та психологічну підтримку.

Доцільно передбачити регулярні групові супервізії для підрозділів із підвищеними показниками емоційного виснаження та створити сталі «вікна» для індивідуальних консультацій із психологом. Такі заходи сприяють стабілізації емоційного стану персоналу та підвищують суб'єктивну задоволеність умовами праці.

5. Розвивати політику визнання і професійного смислотворення.

Рекомендується системно фіксувати й символічно підкреслювати досягнення працівників і команд, акцентуючи як професійну, так і суспільну значущість їх діяльності. Це підтримує професійну самоцінність та зменшує емоційне віддалення від роботи й пацієнтів (зростання MBI–PA, зниження MBI–DP).

Командний рівень: взаємопідтримка, комунікація і управління конфліктами.

На рівні окремих підрозділів та змін доцільно:

- підтримувати регулярні короткі формати емоційної взаємоперевірки («чек-ін») на початку та завершенні зміни, спрямовані на виявлення підвищеної вразливості персоналу та своєчасне скерування до фахівця;
- впроваджувати цільові тренінги розвитку навичок професійної комунікації, взаємопідтримки та конструктивної асертивності (зокрема, при запиті допомоги чи відмові від надмірного навантаження);
- навчати персонал базовим стратегіям управління конфліктами і

профілактики рольової нечіткості за допомогою розбору типових ситуацій, характерних для роботи в тиловому госпіталі.

Як показали результати дослідження, підвищення якості соціальної підтримки в колективі та прозорості комунікації опосередковано пов'язане зі зниженням деперсоналізації (MBI–DP, Войко «Резистенція») та стабілізацією емоційного виснаження.

Індивідуальний рівень: емоційна саморегуляція, когнітивна гнучкість і відновлення.

На індивідуальному рівні пропонуємо практичні рекомендації, що ґрунтуються на базовому протоколі психологічної корекції, поданому в підрозділі 2.3, і подаються у форматі конкретних дій, що можуть бути застосовані медичним персоналом у повсякденній діяльності. Зокрема:

- проведення психоедукаційних заходів щодо природи професійного вигорання, нормальних стрес-реакцій і «червоних прапорців» дистресу;
- навчання коротким технікам емоційної стабілізації та тілесноорієнтованої саморегуляції, адаптованим до умов зміни (дихальні, м'язові та увагові вправи з тривалістю кілька хвилин);
- формування когнітивно-поведінкових навичок роботи з автоматичними думками дезадаптивного характеру («я не справляюся», «мої зусилля марні» тощо) з орієнтацією на підвищення гнучкості мислення;
- підтримка роботи з особистісними і професійними цінностями, що сприяє відновленню смислової залученості в діяльність і зниженню деперсоналізації;
- оптимізація режиму сну та відновлення, зокрема шляхом підтримки гігієни сну і впровадження коротких відновлювальних пауз замість «перегорання» без відпочинку;
- розробка для кожного працівника індивідуального плану особистої підтримки (ключові контактні особи, критерії звернення, межі доступності).

Реалізація цих рекомендацій має бути диференційованою з урахуванням

фаз професійного вигорання за В. В. Бойком («Напруження», «Резистенція», «Виснаження»), що було продемонстровано у попередньому підрозділі. Для фаз «Резистенції» та «Виснаження» пріоритетними є заходи з відновлення й зниження навантаження, а за наявності виражених клінічних проявів – своєчасне скерування до клінічного психолога чи психіатра.

Групи підвищеного ризику.

Особливої уваги потребують молодші медичні сестри, які, згідно з емпіричними даними, демонструють найвищі показники за низкою шкал професійного вигорання. Для цієї категорії доцільно:

- реалізовувати короткі програмні модулі, спрямовані на засвоєння технік мікровідновлення, базової когнітивно-поведінкової самопомоги в ситуації рутинних стресорів та формування практики своєчасного звернення по підтримку;
- розгортати програми наставництва («наставник – піднаставний») із залученням більш досвідчених медичних сестер і лікарів, що передбачають регулярні короткі зустрічі для обговорення складних ситуацій та емоційних реакцій на них.

Очікується, що цілеспрямоване фокусування ресурсів на групах підвищеного ризику сприятиме найбільш вираженому зниженню рівня емоційного виснаження і деперсоналізації та частки осіб із високим рівнем вигорання за Дж. Грінбергом.

Алгоритм впровадження та система моніторингу.

Практична реалізація заходів доцільна у форматі поетапної програми тривалістю близько трьох місяців. Узагальнено алгоритм включає:

1. Підготовчо-діагностичний етап (T0).

Первинне оцінювання рівня професійного вигорання за допомогою валідованих інструментів (MBI, В. В. Бойко, О. С. Чабан, Дж. Гібсон, Дж. Грінберг) та визначення груп ризику.

2. Організаційно-планувальний етап (1–2-й тижні).

Підготовка координатора та внутрішніх фасилітаторів, затвердження

регламентів (мікроперерви, протоколи критичних інцидентів, ротації), погодження графіків командних і індивідуальних заходів.

3. Етап активної реалізації (3–6-й тижні).

Запуск командних тренінгів, супервізій, а також реалізація індивідуальних протоколів для груп ризику.

4. Етап стабілізації та проміжного моніторингу (7–10-й тижні).

Підтримання регулярності інтервенцій, корекція графіків, проведення коротких опитувань щодо задоволеності умовами праці та емоційного самопочуття.

5. Повторна діагностика (T1) та корекція плану.

Проведення повторного оцінювання з використанням того самого набору методик, аналіз динаміки (T0–T1), розрахунок ефект-розмірів та уточнення плану подальшої роботи.

З науково-практичної точки зору доцільним є застосування статистичних процедур (t-тестів, непараметричних аналогів, Cohen's d), а також аналіз зв'язку між інтенсивністю участі у програмі та змінами у ключових показниках вигорання.

Етичні та організаційно-безпекові умови.

Реалізація програми має ґрунтуватися на принципі «не нашкодь», передбачаючи добровільність участі, інформовану згоду, конфіденційність даних і обмеження повторної експозиції до травматичного контенту. Важливо забезпечити узгодженість заходів із режимом воєнного часу: гнучкі формати (у тому числі короткі мікросесії та дистанційна підтримка) та неперервність критично важливих медичних служб. У разі виявлення ознак гострої дистрес-реакції має бути забезпечений оперативний доступ до спеціалізованої допомоги.

Окремої уваги потребує зниження ризику стигматизації звернення по психологічну допомогу. Рекомендується формувати в установі культуру сприйняття психологічної підтримки як складової професійного стандарту, а також передбачати анонімні канали звернення.

Запропоновані практичні рекомендації відображають логіку мультирівневої моделі профілактики та корекції професійного вигорання, розробленої на основі емпіричних даних дослідження та викладеної в підрозділі 2.3. Вони спрямовані на цільову модифікацію емоційного виснаження і деперсоналізації, з одночасним посиленням професійної задоволеності й суб'єктивної ефективності медичного персоналу тилового госпіталю, і можуть бути використані як базовий нормативно-методичний орієнтир для організації системи психологічної підтримки в закладах охорони здоров'я в умовах воєнних дій.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження психологічних особливостей професійного вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в час воєнних дій дало змогу комплексно виявити структуру, динаміку та взаємозв'язки основних компонентів цього синдрому, а також визначити ефективні психологічні умови його профілактики та корекції.

На етапі методологічного обґрунтування (підрозділ 2.1) було сформовано репрезентативну вибірку респондентів — 30 осіб (24 жінки та 6 чоловіків), які представляють різні професійні категорії медичного персоналу тилового госпіталю. Використано валідний психодіагностичний інструментарій: методики В. В. Бойка, К. Маслач і С. Джексона, Дж. Грінберга, О. С. Чабана та Дж. Гібсона. Організація дослідження включала послідовні етапи збору, обробки та статистичного аналізу даних із застосуванням коефіцієнтів кореляції Пірсона й Спірмена, а також перевірку надійності інструментів (Cronbach's α , McDonald's ω), що забезпечило достовірність та валідність отриманих результатів.

Отримані емпіричні дані (підрозділ 2.2) засвідчили, що професійне

вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в умовах воєнного часу має багатовимірну психологічну структуру. Центральне місце в ній посідає емоційне виснаження, яке супроводжується деперсоналізацією та, у частини респондентів, редукцією особистісних досягнень. Виявлено, що рівень професійного вигорання диференціюється за посадовими категоріями: найвищі показники емоційного виснаження та редукції досягнень спостерігаються у молодших медичних сестер, що зумовлено інтенсивністю фізичного навантаження, браком автономії та недостатнім рівнем соціальної підтримки.

Кореляційний аналіз виявив системні взаємозв'язки між показниками різних методик: емоційне виснаження за МБІ (ЕЕ) позитивно корелює з фазами «Напруження» та «Виснаження» за В. В. Бойком, високими значеннями за шкалою Дж. Грінберга та інтегральними індексами О. С. Чабана й Дж. Гібсона. У свою чергу, показник професійної задоволеності (МБІ-РА) має негативний зв'язок із деперсоналізацією (DP) та симптомами резистенції, виконуючи буферну (захисну) функцію. Надійність застосованих психодіагностичних методик підтверджено високими коефіцієнтами внутрішньої узгодженості (α і $\omega > 0,8$).

На основі інтерпретації отриманих даних розроблено психологічні умови корекції професійного вигорання (підрозділ 2.3), які реалізуються на трьох рівнях: організаційному, командному та індивідуальному. Вони включають удосконалення умов праці, впровадження протоколів критичних інцидентів, регулярну супервізію, розвиток навичок командної взаємопідтримки, тренінги емоційної саморегуляції, когнітивно-поведінкові й майндфулнес-практики, а також диференційовані інтервенції для груп підвищеного ризику. Особлива увага приділена підготовці внутрішніх фасилітаторів, наставництву та створенню системи постійного моніторингу емоційного стану персоналу.

Розроблений алгоритм впровадження програми (тривалістю 90 днів) передбачає поетапну реалізацію — від базової діагностики (T0) до переоцінки результатів (T1) із застосуванням тих самих валідних інструментів (МБІ, В. В. Бойко, О. С. Чабан, Дж. Гібсон, Дж. Грінберг). Показники ефективності

визначаються зниженням рівнів емоційного виснаження та деперсоналізації, підвищенням професійної задоволеності й зменшенням частки осіб із високим рівнем вигорання.

У підрозділі 2.4 узагальнено практичні рекомендації щодо профілактики та подолання професійного вигорання, які охоплюють раціоналізацію робочих змін, упровадження мікроперерв, психологічні протоколи деф'юзингу, справедливий розподіл навантаження, системну супервізію, підтримку міжособистісної комунікації та розвиток навичок саморегуляції. Рекомендовано інтегрувати ці заходи у стандарт операційної діяльності госпіталю та здійснювати регулярний моніторинг динаміки показників вигорання щонайменше раз на квартал.

Узагальнюючи результати розділу, можна зробити висновок, що професійне вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в умовах воєнного часу є складним психоемоційним феноменом, який формується під впливом інтенсивних стресорів професійного середовища, але може бути ефективно скоригований за умови системного, науково обґрунтованого втручання. Мультирівневий підхід до профілактики та корекції, розроблений у межах дослідження, довів свою наукову й практичну доцільність, забезпечуючи підвищення психологічної стійкості, професійної ефективності та добробуту медичного персоналу тилового госпіталю в умовах війни.

ВИСНОВКИ

Проведене магістерське дослідження на тему «Особливості професійного вигорання цивільного медичного персоналу вищої та середньої ланки тилового госпіталю в умовах воєнних дій» дозволило всебічно вивчити феномен професійного вигорання у специфічних умовах воєнного часу, виявити його структурно-функціональні особливості, чинники та наслідки, а також теоретично й емпірично обґрунтувати психологічні умови та розробити практичні рекомендації щодо його профілактики й корекції.

У першому розділі здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми професійного вигорання в сучасній психології. Узагальнення наукових підходів (К. Масlach, С. Джексон, В. В. Бойко, Х. Фройденбергер, В. О. Бодров, О. С. Чабан та ін.) дозволило розглядати синдром професійного вигорання як багатовимірний психоемоційний феномен, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистісних досягнень. Встановлено, що у медичного персоналу цей синдром формується під впливом інтенсивних професійних і морально-психологічних навантажень, тривалого контакту з людськими стражданнями, високої відповідальності, дефіциту ресурсів і соціальної підтримки. Особливу увагу приділено умовам воєнного часу, які радикально підвищують ризики емоційного виснаження, посилюють тривожність, фрустрацію, відчуття безсилля та знижують рівень професійної задоволеності. Обґрунтовано, що тилловий госпіталь у таких умовах виступає особливим соціально-психологічним середовищем, де феномен вигорання набуває специфічних проявів і потребує цілеспрямованих психопрофілактичних заходів.

У другому розділі було реалізовано емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення структури, інтенсивності та взаємозв'язків між компонентами синдрому професійного вигорання у цивільного медичного персоналу тилового госпіталю. У вибірку увійшло 30 респондентів (24 жінки, 6 чоловіків) різних

професійних категорій. Для діагностики використано валідні психодіагностичні методики: В. В. Бойка, К. Маслач і С. Джексон, Дж. Грінберга, О. С. Чабана та Дж. Гібсона. Статистична обробка даних (коефіцієнти Пірсона й Спірмена, Cronbach's α , McDonald's ω) засвідчила високий рівень надійності інструментарію та внутрішньої узгодженості показників. Результати дослідження показали, що найвищі рівні емоційного виснаження й редукції досягнень спостерігаються у молодших медичних сестер, які мають менший контроль над робочими процесами, більшу кількість рутинних завдань і менше можливостей для відновлення. Кореляційний аналіз підтвердив взаємозв'язки між емоційним виснаженням, деперсоналізацією та професійною задоволеністю: чим вищий рівень емоційного виснаження (MBI-EE, Boyko_Total), тим нижчі показники професійної задоволеності (MBI-PA, Gibson_PA), а також вищі рівні загального вигорання за О. С. Чабаном і Дж. Грінбергом.

У третьому етапі дослідження (підрозділи 2.3–2.4) було теоретично розроблено та науково обґрунтовано систему психологічних умов корекції та профілактики професійного вигорання, адаптовану до специфіки тилового госпіталю в умовах воєнного часу. Запропонована модель передбачає три рівні впливу: організаційний — оптимізація умов праці, впровадження мікроперерв, протоколів критичних інцидентів (defusing), системи супервізії та політики визнання досягнень; командний — тренінги емоційної взаємопідтримки, удосконалення комунікації, профілактика деперсоналізації та конфліктів; індивідуальний — розвиток навичок саморегуляції, КПТ-методи, майндфулнес-практики, робота з цінностями (АСТ-підхід), програми підтримки груп ризику. Розроблений алгоритм впровадження (90 днів) є орієнтовною моделлю для подальшої практичної апробації. Він включає послідовність етапів: базову діагностику (T0), навчання фасилітаторів, реалізацію командних і індивідуальних інтервенцій, моніторинг та переоцінку результатів (T1). Очікувані ефекти програми — зниження рівня емоційного виснаження (EE) та деперсоналізації (DP), підвищення професійної задоволеності (PA), зменшення

частки осіб із високим рівнем вигорання за показниками В. В. Бойка, К. Маслач і С. Джексона, О. С. Чабана, Дж. Гібсона та Дж. Грінберга.

Практичні рекомендації, розроблені на основі емпіричних результатів, спрямовані на інтеграцію психологічних заходів підтримки у систему менеджменту персоналу тилового госпіталю, регулярний моніторинг стану працівників та формування культури психологічної безпеки. Підкреслено необхідність подолання стигматизації звернення по допомогу та закріплення принципу: «психологічна підтримка — це професійний стандарт».

Отже, висунута гіпотеза дослідження підтвердилася: професійне вигорання цивільного медичного персоналу тилового госпіталю в умовах воєнних дій має специфічну психологічну структуру, у центрі якої перебуває емоційне виснаження, посилене деперсоналізацією та редукцією особистісних досягнень, а професійна задоволеність виконує буферну (захисну) функцію. Емпірично підтверджено наявність стійких взаємозв'язків між компонентами синдрому вигорання та визначено психологічні умови, які потенційно можуть сприяти зниженню рівня емоційного виснаження й деперсоналізації, підвищенню професійної ефективності та загального психологічного добробуту персоналу тилового госпіталю.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що обґрунтована система психологічної профілактики та корекції професійного вигорання має високий потенціал практичної реалізації, базується на науково перевірених підходах і враховує специфіку діяльності цивільного медичного персоналу тилових госпіталів у воєнних умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арістов В. Війна і вигорання: психосоціальні аспекти роботи медпрацівників прифронтових лікарень. Наукові перспективи, 2024, № 7 (49).
2. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Т. 6, № 2. e0602295.
3. Бамбурак Н. Методи профілактики виникнення професійних ризиків та деформацій у професійній діяльності працівників медичної та соціальної сфери. Збірник наукових праць НАДПСУ. Серія: психологічні науки. 2018. № 2 (10). С. 5–15.
4. Бегеза Л. Є. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів // Психологічні перспективи. — 2020. — № 36. — С. 37–48. — [URL:https://www.researchgate.net/publication/348085849_PSIHOLOGICNI_OSOBLIVOSTI_EMOCIJNOGO_VIGORANNA_LIKARIV](https://www.researchgate.net/publication/348085849_PSIHOLOGICNI_OSOBLIVOSTI_EMOCIJNOGO_VIGORANNA_LIKARIV).
5. Большакова Т. Б. Становлення наукової концепції професійного вигорання у XX столітті: ретроспективний аналіз // Теорія і практика сучасної психології. — 2018. — № 4. — С. 228–233. — URL: https://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2018/34.pdf.
6. Булах В. П. Синдром професійного вигорання як складний психофізіологічний феномен // Медсестринство: науково-практичний журнал. — 2015. — № 4. — С. 47–51.
7. Головенко Г. В., Сопіль О. М. ПОШИРЕНІСТЬ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ І ФАКТОРИ, ЯКІ СПРИЧИНЯЮТЬ ЙОГО РОЗВИТОК. Медсестринство. 2017. № 4.
8. Городовіченко В. М. Емоційне вигорання – плата за співчуття. Медсестринство, № 3 (2013) (опубл. 2015). DOI: 10.11603/2411-1597.2013.3.5376.
Доступ:<https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/view/5376>.
9. Драга Т. М., Мялюк О. П., Криницька І. Я. Особливості синдрому емоційного

вигорання у медичних працівників. Медсестринство. 2017. № 3.

10. Емоційне вигорання педагогів : [електронний ресурс] / уклад. та ред. — 2020. — Режим доступу: <https://psychologdcpp.in.ua/wp-content/uploads/2020/03/Збірник-Емоційне-вигорання-педагогів.pdf>

11. Емоційне вигорання – шляхи подолання: матеріали круглого столу (Дніпро, 09 червня 2022 р.). — Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2022. — 37 с. — URL:<http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/1217/1/Збірник%20матеріалів%20округлого%20столу%20за%20редакцією%20А.Д.%20Мірошник.pdf>.

12. Іващенко Р. О., Григоров М. М. Роль нормативної бази у профілактиці професійного вигоряння медичних працівників. Медицина сьогодні і завтра. Соціальна медицина... 2025. Т. 94, № 2. С. 98–108.

13. Кернас А., Слишинська І. Діагностика та корекція професійного вигорання... Матеріали МЦНД, 2023. С. 288–291.

14. Козлова І. М., Ковнір Н. А. Мотивація медичних працівників в умовах війни. Наукові праці МАУП. 2024. № 4 (76). С. 95–103.

15. Кравчук Г., Данчак С., Прокопчук О. Професійне вигорання медичних сестер як компонент робочого процесу // Медсестринство. — 2020. — № 2. — С. 61–65. — DOI:10.11603/2411-1597.2020.2.11244.

16. Крячко Г., Данчак С., Прокопчук О. Професійне вигорання медичних сестер як компонент робочого процесу. Медсестринство. 2020. № 2. С. 61–65.

17. Літвинюк В. В., Лотоцька О. В. Синдром емоційного вигорання — один із психологічних чинників негативного впливу на здоров'я медичної сестри // Медсестринство. — 2016. — № 2. — С. 47–51. — URL:<https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/view/7429>.

18. Льошенко О., Кондратьєва В. Діагностика, профілактика, корекція СЕВ. Вісник ЛНУ. Психологічні науки. 2021. С. 105–112.

19. Марута Н. А., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони... International Neurological Journal. 2019. № 7(109). С. 22–30.

20. Матвієнко, О., Є. Пересадін. "Культура здоров'я персоналу та синдром психоемоційного «вигорання»: стратегія і тактика подолання." Персонал 1 (2007): 13-16.
21. Мащак С. О. Професійне вигорання особистості як соціально-психологічна проблема. Науковий вісник ЛДУВС. Серія психологічна. 2012. № 2 (1). С. 444–452.
22. Мокрякова М. І., Ганжа А. О. Психоемоційне вигорання медичних працівників під час війни. Modern research in world science. 2023.
23. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 923 від 04.06.2025 «Методичні рекомендації щодо профілактики професійного вигорання медичних працівників». — Київ: МОЗ України, 2025. — URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-04-06-2025-923-pro-zatverdzhennya-metodichnih-rekomendaciyi-shodo-profilaktiki-psihoemocijnogo-vigorannya-medichnih-pracivnikov-2>.
24. Нестеренко М. О., Клочкова А. І. Емоційне вигорання у медсестер... Science and society, 2024.
25. Олександрович, С., Старчук Є. Лікар в умовах війни — між життям та смертю // Соціальні аспекти здоров'я населення : збірник наукових праць. — 2023. — Вип. 1. — С. 187–190. — URL: https://mphu.edu.ua/upload/razdel/230502_zb_susp.pdf.
26. Олійник М. *КІТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні* : [електронний ресурс] / М. Олійник. — Режим доступу: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2021/08/Oliynyk-M.-KPT-oriyentovana-model-dopomogy-pry-emotsiynomu-vygoranni.pdf>
27. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семігіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова [та ін.]. — Київ : Наш формат, 2017. — 1068 с. — URL: https://www.researchgate.net/profile/Tetyana-Semigina/publication/330657690_Ohorona_psihichnogo_zdorov'a_v_umovah_vijni_Pereklad_z_angl/links/5c4cc46c92851c22a3937c0e/Ohorona-psihichnogo-zdorova-v-umovah-vijni-Pereklad-z-angl.pdf.

28. Пріснякова Л. М., Тарасевич І. Ю., Варакута М. Л. Емоційне вигорання як індикатор соціального стану суспільства // Емоційне вигорання – шляхи подолання: матеріали круглого столу (Дніпро, 09 червня 2022 р.). — Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2022. — С. 25–27. — 37 с. — URL: <http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/1217/1/Збірник%20матеріалів%20округлого%20столу%20за%20редакцією%20А.Д.%20Мірошник.pdf>.
29. Рудім Н. С. Специфіка емоційного вигорання медичних працівників в умовах війни // Психологічні читання: збірник матеріалів ІХ науково-практичної конференції молодих вчених (м. Харків, 1 грудня 2023 р.). — Харків: ХНУВС, 2023. — С. 173-174. — URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7d93474c-fc6b-446f-805f-49790813c701/content>.
30. Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни. РМГР. 2024. Т. 9 (3).
31. Сайко О.В. Динаміка порушень адаптивних функцій у лікарів військового мобільного госпіталю при виконанні професійних обов'язків в умовах військового конфлікту // Міжнародний неврологічний журнал. — 2019. — № 2 (104). — Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/47608>
32. Селюкова Т. В., Хоміч І. В., Полякова А. В. Особливості синдрому емоційного вигорання у працівників ДСНСУ // Збірник наукових праць Харківського національного університету внутрішніх справ. — 2017. — С. ... — URL: [http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/1877/1/Извлечь%20страницы%20из%20Збірник%2030.03.2017%20\(1\).pdf](http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/1877/1/Извлечь%20страницы%20из%20Збірник%2030.03.2017%20(1).pdf).
33. Сич А. Психологічні особливості професійного вигорання медичних працівників // Психологія і суспільство. — 2025. — № 1. — С. 25–35. — URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/psychology/article/view/5023/5346>.
34. Смолюк Н. І., Шульгай А. Г. Стан здоров'я та фактори ризику в медичних сестер, які працюють у відділеннях стаціонарів з військовими // Медсестринство. — 2024. — № 2. — С. 5–10. — URL:

<https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/view/14797/13630>.

35. Спиця Н. В., Жовніренко А. С. Проблема професійного вигорання крізь призму формування нового іміджу професії лікаря в сучасних українських реаліях // Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині) : зб. матеріалів IV міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 23-24 лют. 2023 р.). — Запоріжжя : ЗДМУ, 2023. — С. 77–78. — URL: https://mphu.edu.ua/upload/intext/conf/23_1.pdf.

36. Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Теренда О. А. Професійне вигорання – одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 2 (88). С. 29–33. DOI: 10.11603/1681-2786.2021.2.12377. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/12377>.

37. Терзи О. О. Корекція та профілактика синдрому емоційного вигорання у лікарів / О. О. Терзи // Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. – 2018. – Вип. 57. – С. 325–332.

38. Туз, Л. Г. "Синдром емоційного вигорання медичних сестер на етапі ранньої професіоналізації. Актуальні проблеми психології. 2020." Т. IX. Вип 13: 371.

39. Чабан О. С. Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання: розробка та психометрична валідація / О. С. Чабан // Психосоматична медицина та загальна практика. — 2025. — Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/598>

40. Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції // Український медичний часопис. — 2009. — № 2 (70). — С. 57–59. — URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-2707-profilaktika-sindromu-vigorannya-u-medichnix-pracivnikov-metodami-psixologichnoi-samoregulyacii>.

41. Юрков О. С., Соломка І. О. Синдром емоційного вигорання медичних працівників. 2017

42. Ahmead M., Baker D., Abu-Nada F., et al. The prevalence of burnout... Frontiers in Public Health. 2024. 1477812.

43. Dornbusch D. A. Burnout and Type A behavior pattern among community mental health workers. MS thesis. University of Dayton, 1996.
44. Elhadi M. et al. Burnout syndrome among hospital healthcare workers during the COVID-19 pandemic and civil war. *Frontiers in Psychiatry*. 2020.
45. Khatatbeh, H., Al-Dwairy, M., Al-Taher, R., Al-Tamimi, A., Al-Dweiri, K., Al-Sheshani, F., & Al Momani, M. Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used // *Nursing Open*. — 2022. — Vol. 9, No. 3. — P. 1564–1574. — DOI: 10.1002/nop2.936.
46. Maslach, Christina, Wilmar B. Schaufeli, and Michael P. Leiter. "Job burnout." *Annual review of psychology* 52.1 (2001): 397-422.
47. Melnyk, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., et al.
Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review // *American Journal of Health Promotion*. — 2020. — Vol. 34, No. 8. — P. 929–941. — DOI: 10.1177/0890117120920451.
48. Owoc J. et al. Can War Help in Better Understanding of Burnout? *American Journal of Public Health*. 2025. Vol. 115(10). P. 1572–1574.
49. Schaufeli W. B. (ed.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. 2018.
50. The impact of health emergencies on nurses' burnout: a systematic review and meta analysis (Yinxia Liang et al., 2025) — доступне за URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-025-24150-9>.
51. Ulaş S., Seçer İ. Secondary traumatic stress and burnout in healthcare professionals: systematic review and meta-analysis based on correlation coefficient [Electronic resource] // *Scientific Reports*. 2025. DOI: 10.1038/s41598-025-06950-6. Available at: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-06950-6>.
52. Weidlich C. P., Ugarriza D. N. A pilot study of secondary traumatic stress and burnout among military healthcare personnel // *Military Medicine*. — 2015. — Vol. 180, No. 3. — P. 290–296. — Abstract only.
Available at: <https://academic.oup.com/milmed/article-abstract/180/3/290/4160061>.

53. WHO Regional Director for Europe, Dr Hans Henri P. Kluge. Statement – Healing hands, hurting minds: Statement by WHO Regional Director for Europe launching the Mental Health of Nurses and Doctors Survey. — 10 October 2025. — URL: <https://www.who.int/europe/news/item/10-10-2025-statement---healing-hands-hurting-minds>.
54. World Economic Forum. Healing hands, hurting minds: The mental health crisis among Europe’s medical workers [Electronic resource]. 2025.
Available at: <https://www.weforum.org/stories/2025/10/healthcare-europe-mental-health-crisis/>.
55. Zhang X. J., Song Y., Jiang T., Ding N., Shi T. Y. Interventions to reduce burnout among physicians and nurses: a systematic review and meta-analysis // *Medicine* (Baltimore). — 2020. — Vol. 99, No. 26. — e20992. — Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7328917/>.
56. Google LLC. *Google Scholar* : пошукова система наукових публікацій. 2024. URL: <https://scholar.google.com/>
57. Jamovi Project. *Jamovi* (Version 2.3.18) : комп’ютерна програма. Sydney, 2024. URL: <https://www.jamovi.org/>
58. National Library of Medicine. *NCBI* : електронний ресурс. 2024. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
59. PubMed. *Database of biomedical and psychological research* : електронний ресурс. 2024. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. В. Бойко)

Інструкція. Читайте судження і відповідайте «так» або «ні». Візьміть до уваги, що якщо у формулюваннях опитувальника йдеться про партнерів, то маються на увазі суб'єкти вашої професійної або навчальної діяльності – колеги, клієнти, учні та інші люди, з якими ви щодня співпрацюєте.

Текст опитувальника:

1. Організаційні помилки на роботі постійно змушують нервувати, напружуватися, хвилюватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії чи профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Тепло́та у взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою.
6. Від мене, як від професіонала, мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати колегам того, що потребує професійний обов'язок.
10. Моя робота притупляє емоції.
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.
12. Трапляється, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.

Продовження додатка А

13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить мені все менше задоволення.
15. Я б змінив місце роботи, якби з'явилась така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу на потрібному рівні надати професійну підтримку, послугу, допомогу.
17. Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже засмучує ситуація, коли щось не йде на лад у стосунках з діловим партнером.
19. Я так стомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втому та напруження часто приділяю партнеру менше уваги, ніж потрібно.
21. Іноді звичні ситуації спілкування на роботі дратують мене.
22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене уникати людей.
24. При згадці про деяких партнерів та колег, у мене псується настрій.
25. Конфлікти та суперечки з колегами віднімають багато сил та емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі мені здаються дуже складними і важкими.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має трапитися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все як потрібно, чи не скоротять мене тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, то я намагаюсь обмежити час спілкування з ним, менше приділяти йому уваги.
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу «не роби людям добра — не отримаєш зла».
31. Я з радістю розповідаю домашнім про свого роботу.

Продовження додатка А

32. Трапляються дні, коли мій емоційний стан погано відображається на результатах роботи (менше працюю, знижується якість, виникають конфлікти).
33. Іноді я відчуваю, що потрібно поспівчувати партнерові, але не в змозі цього зробити.
34. Я дуже хвилююся за свою роботу.
35. Партнерам по роботі віддаю більше уваги та турботи, ніж отримую від них вдячності.
36. При одній згадці про роботу мені стає погано: починає колоти в області серця, підвищується тиск, виникає головний біль.
37. У мене добрі (в цілому задовільні) стосунки з безпосереднім керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота приносить користь людям.
39. Останнім часом мене переслідують невдачі на роботі.
40. Деякі аспекти (факти) моєї роботи викликають розчарування, нудьгу і зневіру.
41. Трапляються дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж зазвичай.
42. Я переймаюся проблемами ділових партнерів (суб'єктів діяльності) менше, ніж зазвичай.
43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюся скоротити час спілкування з друзями та знайомими.
44. Зазвичай я виявляю зацікавленість особистістю партнера більше, ніж того вимагає справа.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, в доброму настрої.
46. Іноді я ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без душі.
47. У справах зустрічаються настільки неприємні люди, що всупереч волі бажаєш їм чогось недоброго.

Продовження додатка А

48. Після спілкування з неприємними партнерами в мене буває погіршення фізичного та психічного самопочуття.
49. На роботі я постійно відчуваю психічне та фізичне перевантаження.
50. Успіхи в роботі надихають мене.
51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною).
52. Я втратив спокій через роботу.
53. Впродовж останнього року траплялися скарги на мене з боку партнерів.
54. Мені вдається зберегти нерви тільки через те, що багато з того, що відбувається з партнерами, я не беру близько до серця.
55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції.
56. Я часто працюю через силу.
57. Раніше я був більш співчутливим та уважним до партнерів, ніж тепер.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не псуй нерви, бережи здоров'я.
59. Іноді я йду на роботу з важким відчуттям: як все набридло, нікого б не бачити й не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю, що занедужав.
61. Контингент партнерів, з якими я працюю, дуже важкий.
62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
63. Якщо б мені поталанило з роботою, я був би набагато щасливішим.
64. Я у відчаї від того, що на роботі в мене серйозні проблеми.
65. Іноді я поведжуся зі своїми партнерами так, як би не хотів, щоб вони вчиняли зі мною.
66. Я засуджую партнерів, що розраховують на особливу поблажливість та увагу.
67. Зазвичай після робочого дня у мене не вистачає сил займатися домашніми справами.
68. Часто я підганяю час: швидше б закінчився робочий день.

Продовження додатка А

69. Стан, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро хвилюють.
70. Працюючи з людьми, я зазвичай ніби ставлю екран, що захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (з партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, я часто вживаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю через певні обставини.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервую з приводу того, що пов'язано з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів би бачити й чути.
78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), нехтуючи власними інтересами.
79. Моя втома на роботі зазвичай мало або взагалі не відображається на спілкуванні з домашніми і друзями.
80. За можливості, я віддаю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви в спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі, я втратив зацікавленість, живе почуття.
83. Робота з людьми погано вплинула на мене як на фахівця — зробила знервованим, злим, притупила емоції.
84. Робота з людьми вочевидь підриває моє здоров'я.

Відповідно до «ключа» здійснюють такі підрахунки:

- 1) визначають суму балів окремо для кожного з 12 симптомів «вигорання»;
- 2) підраховують суму показників симптомів для кожної з 3-х фаз формування «вигорання»;
- 3) знаходять підсумковий показник синдрому «емоційного вигорання» — сума показників за всіма 12 симптомами.

Продовження додатка А

У «ключі» поряд із номерами суджень у дужках вказаний бал, встановлений експертами, який показує «вагу» цієї ознаки симптому.

«Ключ».**Фаза «Напруження».**

1. Переживання психотравмуючих обставин:

+1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)

2. Незадоволеність собою:

-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3)

3. «Загнаність у кут»:

+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)

4. Тривога і депресія:

+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

Фаза «Резистенція».

1. Неадекватне вибіркове емоційне реагування:

+5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)

2. Емоційно-моральна дезорієнтація:

+6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)

3. Розширення сфери економії емоцій:

+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)

4. Редукція професійних обов'язків:

+8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)

Фаза «Виснаження».

1. Емоційний дефіцит:

+9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)

2. Емоційне відчуження:

+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)

3. Особистісне відчуження (деперсоналізація):

+11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +71(2), +83(10)

4. Психосоматичні та психовегетативні порушення:

Закінчення додатка А

+12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

Інтерпретація результатів.

Запропонована методика дає детальну картину синдрому «емоційного вигорання». Насамперед, необхідно звернути увагу на окремі симптоми.

Показник вираженості кожного симптому знаходиться в межах від 0 до 30 балів:

- 0-9 балів — симптом не сформований;
- 10-15 балів — симптом на стадії формування;
- 16 і більше балів — симптом сформований.

Симптоми з показниками 20 і більше балів є домінуючими у фазі або у всьому синдромі «емоційного вигорання».

Методика дає можливість побачити провідні симптоми «вигорання».

Суттєвим є те, до якої фази формування «емоційного вигорання» належать домінуючі симптоми і в якій фазі їх найбільша кількість.

Наступний крок в інтерпретації результатів — осмислення показників фаз розвитку – «вигорання»: «напруження», «резистенція» та «виснаження».

У кожній з них оцінка можлива в межах від 0 до 120 балів. Однак співставлення балів, отриманих для фаз, не є правомірним, тому що не свідчить про їхню відносну роль або внесок у синдром. Справа в тому, що вимірювані в них явища істотно різі — реакція на зовнішні і внутрішні фактори, прийоми психологічного захисту, стан нервової системи. За кількісними показниками можна твердити тільки про те, наскільки кожна фаза сформувалася, яка фаза сформувалася більшою або меншою мірою:

- ✓ 36 і менше балів — фаза не сформована;
- ✓ 37 - 60 балів — фаза на стадії формування;
- ✓ 61 і більше балів — фаза сформована.

Додаток Б

Діагностика професійного вигорання

К. Маслач, С. Джексон (в адаптації Н. Є. Водоп'янової)

Ціль: вивчення ступеня професійного «вигорання».

Інструкція. Будь ласка, дайте відповідь, як часто у Вас виникають почуття, перелічені нижче в опитувальнику. Для цього на бланку для питань відмітьте з кожного пункту варіант відповіді: «ніколи»; «дуже рідко»; «деколи»; «часто»; «дуже часто»; «кожний день».

Опитувальник.

Твердження	Ніколи	Дуже рідко	Часто	Інколи	Дуже часто	Щодня
1. Я почуваю себе емоційно знищеним.						
2. Після роботи я почуваюся як вичавлений лимон.						
3. Зранку я відчуваю втому і небажання йти на роботу.						
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і стараюся враховувати це в інтересах справи.						
5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими й колегами як з предметами (без тепла і симпатії до них).						
6. Після роботи хочеться на деякий час усамітнитися від усіх і всього.						
7. Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають у розмові з друзями.						
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.						
9. Я упевнений, що моя робота потрібна людям.						
10. Останнім часом я став більш черствим до тих, з ким працюю.						
11. Я помічаю, що моя робота дратує мене.						
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю у їх здійснення.						
13. Моя робота все більше мене розчаровує.						
14. Я думаю, що дуже багато працюю.						

Продовження додатка Б

15. Буває, що дійсно мені байдуже те, що відбувається з ким-небудь із моїх підлеглих і друзів.						
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього.						
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співпраці в колективі.						
18. Під час роботи я відчуваю приємне задоволення.						
19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.						
20. Я відчуваю байдужість і втрату цікавості до всього, що задовольняло б мене в моїй роботі.						
21. На роботі спокійно справляюся з емоційними проблемами.						
22. Останнім часом я бачу, що друзі і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків.						

Опрацювання даних.

Варіанти відповідей оцінюються так:

«Ніколи» – 0 балів;

«Дуже рідко» – 1 бал;

«Інколи» – 3 бали;

«Часто» – 4 бали;

«Дуже часто» – 5 балів;

«Щодня» – 6 балів.

Опитувальник має три шкали: «емоційне виснаження» (9 тверджень), «деперсоналізація» (5 тверджень) і «редукція особистих досягнень» (8 тверджень).

Ключ до опитувальника.

Нижче перераховуються шкали і відповідні їм пункти опитувальника.

«Емоційне виснаження» – відповіді «так» на запитання 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

Закінчення додатка Б

«Деперсоналізація» – відповіді «так» на запитання 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

«Редукція особистих досягнень» – відповіді «так» на запитання 4, 7, 9, 12, 17, 20, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

Чим більша сума балів з кожної шкали окремо, тим більше в опитуваного виражені різні сторони вигорання.

Про важкість вигорання свідчить сума балів усіх шкал.

Додаток В**Методика «Дослідження синдрому «вигорання»» (Дж. Грінберг)**

Інструкція. Навпроти кожного висловлювання поставте 1 бал, якщо Ви згодні з твердженням, або 0 — якщо не згодні.

Текст опитувальника.

1. Чи знижується ефективність Вашої роботи?
2. Чи втратили Ви частину ініціативи на роботі?
3. Чи втратили Ви інтерес до роботи?
4. Чи посилився Ваш стрес на роботі?
5. Чи відчуваєте Ви втому або зниження темпу роботи?
6. Вас турбує головний біль?
7. Вас турбують болі в животі?
8. Ви втратили вагу?
9. У Вас проблеми зі сном?
10. Ваше дихання стало уривчастим?
11. У Вас часто змінюється настрій?
12. Вас легко розгнівати?
13. Ви легко піддаєтесь фрустрації?
14. Ви стали більш підозрілим, ніж зазвичай?
15. Ви відчуваєте себе більш безпорадним, ніж завжди?
16. Ви вживаєте забагато ліків, що впливають на настрій (транквілізатори, алкоголь тощо)?
17. Ви стали менш гнучким?
18. Ви стали більш критично ставитися до особистої компетентності і до компетентності інших?
19. Ви працюєте більше, а відчуваєте, що зробили менше?
20. Ви частково втратили почуття гумору?

Обробка та інтерпретація результатів.

Підрахуйте загальний бал «вигорання» та оцініть рівень розвитку цього

Закінчення додатка В

синдрому за наведеною нижче таблицею. Що нижчий рівень, то краще.

Рівні «вигорання»:

	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
«Вигорання»	0-7	8-14	15-20

«Опитувальник для виявлення синдрому вигорання» (О. С. Чабан)

Інструкція. Опитувальник анонімний, тому ми розраховуємо на Ваші щирі та правдиві відповіді. Не роздумуйте над запитаннями, відповідайте якомога швидше. Питання, які містяться в ньому спрямовані на діагностику проявів емоційного вигорання – стану фізичного, емоційного та розумового виснаження внаслідок тривалих стресів чи надмірних вимог в професійному або особистому житті.

Виберіть лише один варіант, який найбільше підходить, або має найбільше значення для Вас. На кожне запитання необхідно відповісти «ТАК» чи «НІ». Правильних, чи неправильних відповідей не існує.

Ваш вік: _____

Ваша стать: _____

Ваш фах: _____

Ваш стаж: _____

Ваш сімейний стан: _____

Ви керівник? _____

1. Я повністю задоволений своєю роботою
2. Моя робота явно погіршила моє ментальне та фізичне здоров'я
3. Психологічна атмосфера на роботі мене повністю влаштовує
4. Я відчуваю, що моя робота робить мене більш жорстким та черствим та різко категоричним
5. Я відчуваю певне розчарування у своїй професії
6. Найкращий час для мене – це п'ятниця, по обіді, з передчуттям відпочинку попереду від всіх та всього
7. Я думаю, що на роботі мене більше навантажують, чим у інших, відчуваю цю несправедливість
8. Мене повністю влаштовує моя заробітна плата
9. Мої зусилля та старання на роботі не знаходять потрібної, належної та

Продовження додатка Д

справедливої компенсації у заробітній платі, додаткових днях відпочинку та ін. моїх індивідуальних потребах (відпустити з роботи за потребою, дозволити гнучкий графік, дозволити запізнення та ін.)

10. Мої захоплення, хобі та цікавості за межами роботи стали значно меншими, тому що на них не вистачає часу

11. Мої захоплення, хобі стали значно меншими, тому що мені це стало не цікавим, відчуття, що нічого не хочеться і нічого не радує

12. Мені часто хочеться усамітнитися та відпочити від усіх

13. Я відчуваю, що втрачаю задоволення від своєї роботи

14. Часто після роботи відчуваю себе «вичавленим лимоном» та «батареєю, яка розрядилася»

15. У мене порушився сон (погано засинаю, сон став переривчастим, зменшилась тривалість, з'явилися ранішні просинання, відсутнє відчуття відпочинку)

16. В спілкуванні в колективі я відчуваю все більше формальності, зникли теплі та дружні відносини, відчуття взаємопідтримки, надійності, щирості, довіри та «сімейності»

17. Думаю, що я надто багато працюю

18. Мої рідні та друзі вважають, що я надто багато працюю

19. Робота з людьми все більше мене втомлює, хочеться усамітнитися і поменше бути серед людей, в такому ступені, що я подумую виїхати на якийсь хутір, чи село і самому вести просте господарство

20. Я дуже переживаю, якщо в мене щось не складається та не вирішується на роботі

21. Буває так, що я на роботі наче «підвисаю», «туплю», можу просидіти якийсь час, ні про що не думаючи, наче провалившись кудись, наче в якомусь ступорі

22. Коли я повертаюсь після роботи додому я практично завжди продовжую думати про те, що відбувалося, чи буде відбуватися на роботі, іноді

Продовження додатка Д

навіть веду діалоги в своїй голові з колегами чи керівництвом, в тому числі у вигляді сварок, емоційних переконуваль

23. Я відчуваю, що втрачаю задоволення від звичного життя (їжа, відпочинок, секс, час з друзями, розваги та ін.)

24. Я став (-ла) більше тривожитися та переживати з приводу будь – чого

25. Я відчуваю, що моя робота вихолощує та притуплює мої відчуття та емоції (я стаю «сухарем» та «черствію»), практично перестав (-ла) жартувати

26. Ефективність моєї роботи останнім часом дуже залежить від мого настрою (хороший настрій – я ефективний (-на) та продуктивний (-на) , мною задоволені; поганий – неефективний (-на), помилки, мої партнери незадоволені мною)

27. Коли я вертаюсь додому мені потрібно побути якийсь час (кілька годин) самому, ні з ким не спілкуватися

28. Я відчуваю, що мене найкраще розуміють лише мої домашні улюбленці (собака, кіт)

29. В мене постійне відчуття, що не вистачає часу ні на що, в т.ч. на домашню роботу, я живу наче в постійному цейтноті

30. Іноді звичайні ситуації на роботі викликають у мене надмірні емоції та подразнення

31. При згадці про деяких моїх колег, чи керівників у мене знижується, а то і псується настрій

32. Останнім часом я відчуваю, що живу у прокрастинації (безпричинно відкладаю на завтра, після завтра і т.д. робочі завдання)

33. Я дуже переживаю за свою роботу

34. Я боюся втратити свою роботу і роблю все, щоб цього не сталося, в т.ч. працюю у неробочий час, затримуюсь на роботі, можу виконувати завдання у вихідні, чи у відпустці, легкі та беззаперечно відгукуюсь на прохання вийти на роботу в позаробочий, чи вихідний час

35. Я боюсь підвести своїх колег по роботі, часто погоджуюсь замінити їх

Продовження додатка Д

у чомусь, допомогти їм, виконати за них частину їхньої роботи

36. Іноді, з думками про наступний день роботи, я вже починаю переживати, аж до серцебиття, відчуття нехватки повітря, надмірного хвилювання, нудоти, запаморочення

37. Я завжди радію, коли бачу, як моя робота приносить конкретні результати

38. Відчуваю, що щось потрібно міняти на роботі, щось відбувається не так, але не розумію, що саме

39. Мені часто по роботі зустрічаються люди, від яких я відчуваю втому та сильне роздратування, настільки, що не усвідомлено хочу їм чогось поганого, навіть пошепки, чи в думках промовляю це

40. Із - за роботи я втратив спокій та душевну рівновагу, почав більше вживати неформальної лексики, особливо коли сам, за кермом авто, коментуючи дії навколишніх водіїв та пішоходів

41. Раніше я був значно відкритим (-тою) , уважним (-ною) та дружнім (-ною) до своїх колег, співробітників та тих, з ким я працюю

42. Впевнений (-на), що моє керівництво зовсім не думає про людей та їх здоров'я

43. Іноді я думаю, що результати моєї роботи зовсім не вартують тих зусиль, які я затратив (-ла) на них

44. Мене не особливо хвилюють прохання та душевний стан моїх колег – це їхні справи, тут кожний сам за себе, і нікого не хвилюють чужі проблеми, своїх вистачає

45. Робота з людьми дуже розчарувала мене і якби була можливість змінити роботу, щоб було поменше контактів з людьми – зробив (-ла) би це, не задумуючись

46. Я чітко бачу перспективу та кар'єрний ріст на своїй роботі, постійно самоудосконалююсь та навчаюсь, щоб досягнути більшого

47. Якщо з'являється можливість «посачкувати», зменшити час на роботу

Продовження додатка Д

– роблю це не задумуючись, без всяких докорів сумління

48. Я захоплююся людьми, які повністю та всеосяжно присвятили себе професії та досягнули загального визнання, саме завдяки своєму професіоналізму.

49. В цілому - я щаслива людина

50. Якби я повернувся назад, я знову обрав (-ла) би свою професію

«Ключі» та інтерпретація результатів.

Оцінка проводиться за принципом дименсiальностi (ваги, значущостi окремих самооцiнок (вiдповiдей) для формування, або/та прояву Burn Out синдрому, у виглядi загальної суми набраних балiв.

Ключі.

Питання	Бали за відповідь ТАК	Бали за відповідь НІ	Питання	Бали за відповідь ТАК	Бали за відповідь НІ
1	0	3	26	1	0
2	5	0	27	1	0
3	0	3	28	1	0
4	2	0	29	1	0
5	2	0	30	1	0
6	1	0	31	1	0
7	1	0	32	1	0
8	0	3	33	1	0
9	1	0	34	1	0
10	1	0	35	1	0
11	1	0	36	1	0
12	1	0	37	0	2
13	1	0	38	1	0
14	1	0	39	1	0
15	1	0	40	1	0
16	1	0	41	1	0
17	1	0	42	1	0
18	1	0	43	1	0
19	1	0	44	1	0
20	1	0	45	1	0
21	1	0	46	0	1
22	3	0	47	1	0
23	1	0	48	1	0
24	1	0	49	0	5
25	3	0	50	0	5

Закінчення додатка Д

Інтерпретація отриманих результатів опитувальника:

0 - 5 балів – ознак формування та наявності професійного вигорання не спостерігається. Дотримуйтеся цієї ж тактики та стратегії професійного життя, режиму роботи та відпочинку.

6 - 21 балів – низька, але є ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Ваша самооцінка потребує додаткового самоаналізу та спостереження за деякими ознаками цього синдрому, зверніть увагу на психогігієну та психоекологію вашої професійної діяльності, розширте свої знання про цей синдром, його причини та наслідки.

22 - 59 балів – середня ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Ваша ситуація потребує консультації спеціаліста в області ментального здоров'я з базовими знаннями про цей синдром, наприклад сімейного лікаря, чи іншого фахівця інтерніста, психолога, клінічного, чи медичного психолога, який має додаткові знання в області ментального здоров'я та знання про Burn Out синдром. Рекомендовано відповідально та серйозно поставитися до ситуації на роботі, власного відпочинку та інших антиборнаут дій.

60 - 75 балів – висока ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Ваша ситуація потребує консультації (додаткового обстеження) спеціаліста з ментального здоров'я з фаховими знаннями медичної психології, психотерапії та/або психіатрії. Рекомендовано уважно підійти до власного здоров'я та робочих відносин, є висока ймовірність формування психосоматичних розладів, розладів поведінки та емоційних порушень.

Додаток Е

Методика «Оцінка власного потенціалу «вигорання»» (Дж. Гібсон)

Інструкція. Дайте відповідь на кожне запитання, закреслюючи одне число із шкали, яка подається нижче. Відповівши на всі запитання, підрахуйте бали. Пам'ятайте, що немає правильних або неправильних відповідей.

1 – декілька разів на рік.

2 – щомісяця.

3 – декілька разів на місяць.

4 – щотижня.

5 – декілька разів на тиждень.

6 – щодня.

№ з/п	Питання	Варіанти відповідей					
		1	2	3	4	5	6
1	Я почав ставитися до людей жорстокіше з того часу, як почав працювати на цій роботі	1	2	3	4	5	6
2	Я турбуюся, що ця робота робить мене більш жорстоким	1	2	3	4	5	6
3	Я фактично байдужий до того, що відбувається з деякими людьми, які потребують моєї допомоги	1	2	3	4	5	6
4	Я відчуваю, що люди, які потребують моєї допомоги, вважають мене причиною деяких своїх проблем	1	2	3	4	5	6
5	Я достатньо ефективно вирішую проблеми людей, які потребують моєї допомоги	1	2	3	4	5	6
6	Я відчуваю, що своєю працею я позитивно впливаю на життя інших людей	1	2	3	4	5	6
7	Я відчуваю себе наповненим значною енергією	1	2	3	4	5	6
8	Я легко створюю настрій розслаблення у людей, які потребують моєї допомоги	1	2	3	4	5	6
9	Я відчуваю радість від тісного спілкування з людьми, які потребують моєї допомоги	1	2	3	4	5	6
10	Я здійснив на цій роботі багато гідних справ	1	2	3	4	5	6
11	Я дуже спокійно вирішую емоційні проблеми на своїй роботі	1	2	3	4	5	6
12	Я відчуваю себе емоційно виснаженим своєю роботою	1	2	3	4	5	6
13	Я відчуваю себе повністю стомленим після робочого дня	1	2	3	4	5	6
14	Вранці я відчуваю себе стомленим	1	2	3	4	5	6
15	Я конче незадоволений своєю роботою	1	2	3	4	5	6
16	Я відчуваю, що віддаю дуже багато сил своїй роботі	1	2	3	4	5	6
17	Безпосередня робота з людьми потребує від мене дуже великої напруги	1	2	3	4	5	6
18	Я відчуваю, що мої нерви напружені до межі	1	2	3	4	5	6

Закінчення додатка Е

Обробка та інтерпретація результатів.

Підрахуйте середні бали за наступними позиціями, що характеризують кожен компонент «вигорання».

Деперсоналізація (пп. 1-4).

Особиста задоволеність (пп. 5-11).

Емоційне виснаження (пп. 12-18).

Підрахуйте середні бали кожного з компонентів та визначте рівень «вигорання» за наведеною нижче таблицею.

Рівні «вигорання»

Компоненти «вигорання»	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Деперсоналізація	1-2,99	3-4,99	5 і вище
Особиста задоволеність	5 і вище	3-4,99	1-2,99
Емоційне виснаження	1-2,99	3-4,99	5 і вище