

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

(тип кваліфікаційної роботи)

Магістр

(освітнійступінь)

на тему «Особливості емоційного вигорання фахівців медико-фармацевтичного сектору при реалізації професійних обов'язків в умовах воєнного стану в Україні»

ХАІ.704.7-96п1.24О.053.10693547 КР

Виконав: здобувачка б курсу групи №7-96п1
Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові
науки»

(код та найменування)

Спеціальність 053 «Психологія»

(код та найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та
психотерапія»

(найменування)

Алла ЛЕБЕДИН

(ім'я та прізвище здобувача (ки))

Керівник: Максим ЖИДКО

(ім'я та прізвище)

Рецензент: Дмитро ПРИХОДЬКО

(ім'я та прізвище)

Харків – 2024

Міністерство освіти і науки України
Національний аерокосмічний університет ім. М. Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

Факультет Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Рівень вищої освіти другий магістерський

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»
(код і найменування)

Спеціальність 053 «Психологія»
(код і найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та психотерапія»
(найменування)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

Юрій ГУЛИЙ

(підпис) (ініціали та прізвище)

«10» вересня 2023 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Алли ЛЕБЕДИН

(прізвище, ім'я та по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи Особливості емоційного вигорання фахівців медико-фармацевтичного сектору при реалізації професійних обов'язків в умовах воєнного стану в Україні

керівник кваліфікаційної роботи Максим ЖИДКО кандидат психологічних наук, доцент каф. 704
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затвержені наказом Університету №2043-уч від «27» листопада 2023 року.

2. Термін подання здобувачем кваліфікаційної роботи «10» лютого 2024 р.

3. Вихідні дані до роботи у роботі використано такі методи дослідження як:

- теоретичні методи: аналіз наукової літератури, синтез, узагальнення та систематизація теоретичних даних;
- емпіричні методи: психо-діагностичне тестування, анкетування, спостереження, опис, бесіда с фахівцями;
- інтерпретаційні методи: аналіз та інтерпретація отриманих результатів;
- статистичні методи: кореляційний метод Пірсона

Методики дослідження:

- Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойка.
- Опитувальник «Професійне (емоційне вигорання) МВІ»
- «Шкала PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліон (Lemur-Tessier-Fillion)»

4. Зміст пояснювальної записки (перелік завдань, які потрібно розв'язати) _____

- розглянути наукові підходи розуміння емоційного вигорання;
- висвітлити передумови емоційного вигорання фахівців медико-фармацевтичного сектору;
- дослідити вплив стрес-факторів, що призводять до синдрому емоційного вигорання у медико-фармацевтичних працівників;
- визначити умови праці фармацевтичних працівників в період впровадження воєнного стану;

- здійснити підбір діагностичних методик по виявленню рівня емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців.
- експериментально визначити рівень емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців з різним стажем роботи.
- розробити та апробувати програму з профілактики емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців.

5. Перелік графічного матеріалу: Рис. 3, Табл. 13

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата | |
|--------|--|----------------|------------------|
| | | завдання видав | завдання прийняв |
| 1 | Максим ЖИДКО, кандидат психологічних наук, доцент каф. 704 | 22.09.23 | 15.10.23 |
| 2 | Максим ЖИДКО, кандидат психологічних наук, доцент каф. 704 | 18.10.23 | 23.10.23 |
| 3 | Максим ЖИДКО, кандидат психологічних наук, доцент каф. 704 | 14.12. 23 | 20.12.23 |

Нормоконтроль _____ Світлана КУЗЬМІНОВА «10» січня 2024 р.
(підпис) (ініціали та прізвище)

7. Дата видачі завдання «10» вересня 2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № п/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи | Строк виконання етапів кваліфікаційної роботи | Примітка |
|-------|---|---|----------|
| 1. | Затвердження теми, мети та завдань роботи. | 10.09.23-17.09.23 | |
| 2. | Складання плану роботи. | 18.09.23-21.09.23 | |
| 3. | Аналіз літературних джерел. Написання першого розділу роботи. | 22.09.23-15.10.23 | |
| 4. | Планування дослідження та підбір методик. Написання другого розділу роботи. | 18.10.23-23.10.23 | |
| 5. | Проведення дослідження. | 24.10.23-31.11.23 | |
| 6. | Статистична обробка отриманих даних. | 01.12.23-13.12.23 | |
| 7. | Написання третього розділу роботи. | 14.12. 23-20.12.23 | |
| 8. | Написання загальних висновків по роботі та оформлення тексту роботи. | 21.12. 23–25.12.23 | |
| 9. | Передзахист. | 26.12.2023 | |
| 10. | Внесення коректив до роботи. | 27.12.23-30.12.23 | |
| 11. | Оформлення та підписання відповідної документації(висновок керівника, висновок кафедри, рецензія та довідка на предмет наявності порушень академічної доброчесності). | 02.01.24-06.01.24 | |
| 12. | Підготовка електронної презентації та тексту доповіді. | 07.01.24-09.01.24 | |
| 13. | Строк подання здобувачем роботи на кафедру. | 10.01.24 | |
| 14. | Захист. | 16-19, 22.01.24 | |

Здобувачка _____ Алла ЛЕБЕДИН
(підпис) (ініціали та прізвище)

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Максим ЖИДКО
(підпис) (ініціали та прізвище)

Реферат

Кваліфікаційна робота: 62 с., 13 табл., 3 рис., 2 дод., 38 джерел.

Ключові слова: СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ (СЕВ), МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ ФАХІВЦІ, БЕЗПЕКА І ЗДОРОВ'Я НА РОБОТІ, СТРЕС-ФАКТОРИ.

Об'єкт дослідження. Синдром емоційного вигорання.

Предмет дослідження. Особливості емоційного вигорання фахівців медико-фармацевтичного сектору.

Мета дослідження – провести системне дослідження особливостей розвитку емоційного вигорання фахівців медико-фармацевтичного сектору при реалізації професійних обов'язків в умовах воєнного стану в Україні.

Методи дослідження: теоретичні методи: аналіз наукової літератури, синтез, узагальнення та систематизація теоретичних даних; емпіричні методи: психо-діагностичне тестування, анкетування, спостереження, опис, бесіда с фахівцями; інтерпретаційні методи: аналіз та інтерпретація отриманих результатів; статистичні методи: кореляційний метод Пірсона.

Висновки: В ході дослідження виявлено такі особливості емоційного вигорання, як емоційна виснаженість, яка проявляється емоційною спустошеністю і втомою. Аналіз отриманих результатів показує, що 38 % респондентів мають хоча б одну сформовану повністю фазу емоційного вигорання, а 44 % фахівців мають хоча б одну фазу в процесі розвитку. Виявлено, що 52 % респондентів перебувають на рівні виснаження, у 47 % фаза резистенції формується або вже сформована. Високий рівень деперсоналізації виявлено в 23 % респондентів.

Abstract

Qualification work: 62 pp., 13 tables, 3 figures, 2 appendices, 38 sources.

Keywords: EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME (BURNOUT SYNDROME), MEDICAL AND PHARMACEUTICAL PROFESSIONALS, SAFETY AND HEALTH AT WORK, STRESS FACTORS.

Object of study. Emotional burnout syndrome.

Subject of study. Peculiarities of emotional burnout of specialists in the medical and pharmaceutical sector.

The purpose of the study is to conduct a systematic study of the peculiarities of the development of emotional burnout of specialists in the medical and pharmaceutical sector when performing professional duties under the conditions of martial law in Ukraine.

Research methods: theoretical methods: analysis of scientific literature, synthesis, generalization and systematization of theoretical data; empirical methods: psychodiagnostic testing, questionnaires, observation, description, conversation with specialists; interpretive methods: analysis and interpretation of the obtained results; statistical methods: Pearson's correlation method.

Conclusions: The study revealed such features of emotional burnout as emotional exhaustion, which is manifested by emotional devastation and fatigue. The analysis of the obtained results shows that 38% of respondents have at least one fully formed phase of emotional burnout, and 44% of specialists have at least one phase in the process of

development. It was found that 52% of the respondents are at the level of exhaustion, in 47% the phase of resistance is forming or has already formed. A high level of depersonalization was found in 23% of respondents.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП..... | 7 |
| Розділ 1. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ | 10 |
| 1.1. Визначення поняття та аналіз розвитку синдрому емоційного вигорання..... | 10 |
| 1.2. Детермінанти виникнення синдрому емоційного вигорання у медико-фармацевтичних фахівців..... | 14 |
| 1.3. Статистика розповсюдження СЕВ серед медико-фармацевтичних фахівців..... | 18 |
| Висновки до 1 розділу | 22 |
| Розділ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ..... | 23 |
| 2.1. Організація умов практичного дослідження синдрому емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців..... | 23 |
| 2.2. Аналіз методів практичного дослідження розвитку синдрому емоційного вигорання | 27 |
| Розділ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОВЕДЕНОГО ПРАКТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ | 32 |
| 3.1. Результати практичного дослідження | 32 |
| Висновки до 3.1 підрозділу | 40 |
| 3.2. Методи профілактики та подолання синдрому емоційного вигорання | 41 |
| Висновки до 3.2 підрозділу | 50 |
| ВИСНОВКИ..... | 52 |
| СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ..... | 55 |
| ДОДАТКИ..... | 60 |

ВСТУП

Актуальність теми. В умовах війни в Україні, дослідження емоційного вигорання фахівців медико-фармацевтичного сектору набуло ще більшої актуальності, зумовлюється зростанням синдрому емоційного вигорання (СЕВ), широкою поширеністю та високим соціальним значенням. Синдром емоційного вигорання найчастіше зустрічається серед професій, чия діяльність пов'язана зі спілкуванням, і однією з найбільш вразливих груп є працівники медико-фармацевтичного сектору. Дія численних емоціогенних факторів викликає у медичних і фармацевтичних фахівців накопичення втоми, наростання почуття незадоволеності, погіршення самопочуття, настрою, що призводить до професійних криз, стресів, виснаження та вигорання. Результатом дії цих процесів є зниження ефективності професійної діяльності медичних і фармацевтичних фахівців: перестає справлятися зі своїми обов'язками, деформує професійні відносини, ролі, комунікації, погіршується фізичне здоров'я та якість життя. Натомість рівень обізнаності з проблеми вигорання серед медико-фармацевтичних фахівців залишається на тому ж рівні. В таких умовах протидіяти емоційному вигоранню медико-фармацевтичних фахівців, які не володіють відповідними знаннями та навичками – дуже складно та не завжди можливо.

Емоційне вигорання в медичних та аптечних закладах явище досить часте. Наслідки вигорання працівників в медичних організаціях мають особливе значення, так як можуть нести загрозу здоров'ю пацієнтів і знижувати якість медичної та фармацевтичної допомоги. Невміння медичного та фармацевтичного працівника управляти емоціями на робочому місці може призвести не тільки до зниження якості наданих медико-фармацевтичних послуг населенню, а й до розвитку у самого працівника хронічного стресу і, як наслідок, синдрому емоційного вигорання, які також позначаються на якості медико-фармацевтичної допомоги населенню.

Мета дослідження – провести системне дослідження особливостей розвитку емоційного вигорання фахівців медико-фармацевтичного сектору при реалізації професійних обов'язків в умовах воєнного стану в Україні.

Завдання дослідження:

- розглянути наукові підходи розуміння емоційного вигорання;
- висвітлити передумови емоційного вигорання фахівців медико-фармацевтичного сектору;
- дослідити вплив стрес-факторів, що призводять до синдрому емоційного вигорання у медико-фармацевтичних працівників;
- визначити умови праці фармацевтичних працівників в період впровадження воєнного стану;
- здійснити підбір діагностичних методик по виявленню рівня емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців.
- експериментально визначити рівень емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців з різним стажем роботи.
- розробити та апробувати програму з профілактики емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців.

Об'єкт дослідження. Синдром емоційного вигорання.

Предмет дослідження. Особливості емоційного вигорання фахівців медико-фармацевтичного сектору.

Методи дослідження:

- теоретичні методи: аналіз наукової літератури, синтез, узагальнення та систематизація теоретичних даних;
- емпіричні методи: психо-діагностичне тестування, анкетування, спостереження, опис, бесіда с фахівцями;
- інтерпретаційні методи: аналіз та інтерпретація отриманих результатів;
- статистичні методи: кореляційний метод Пірсона.

Методики дослідження:

- Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойка.
- Опитувальник «Професійне (емоційне вигорання) МВІ».
- «Шкала PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліон (Lemur-Tessier-Fillion)».

В опитуванні брали участь 50 фахівців аптечних закладів «Аптечної мережі 9-1-1» приватної форми власності м. Харкова та КНП Міської клінічної лікарні №30 (КНП «МКЛ №30» ХМР) м. Харків. Період збору інформації – вересень-жовтень 2023 року.

Розподіл респондентів дослідження за різними критеріями наступний:

- критерієм «стаж роботи» такий: в групу зі стажем роботи до 3 років увійшло 6 респондентів, 3-5 років – 9 осіб, 5-10 років – 25 осіб, понад 10 років – 10 осіб.
- гендерний розподіл 46 % чоловіків і 54 % жінок;
- ЗОЗ – 35 % працюють у комунальному закладі охорони здоров'я, 65 % – у приватному закладі;

Результати проведеного дослідження можуть бути використані як основа для проведення заходів, метою яких стане мінімізація зовнішніх чинників, що викликають синдром емоційного вигорання, пов'язаних з професійною діяльністю медико-фармацевтичних фахівців.

Розділ 1. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1. Визначення поняття та аналіз розвитку синдрому емоційного вигорання

Термін «burnout» (емоційне вигорання) введений американським психіатром Герберт Фрейденбергом у 1974 р. для характеристики психологічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами / пацієнтами, та в емоційній навантаженій атмосфері. Це ті фахівці, які працюють у системі «людина – людина».

На сучасному етапі розвитку медицини емоційне вигорання включено Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в Міжнародну класифікацію хвороб (МКБ-10) – стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, почуття внутрішньої емоційної порожнечі, які безпосередньо викликані роботою. СЕВ відносять до рубрики «Проблеми, пов'язані з труднощами подолання життєвих ускладнень та управління життям», категорій «Вигорання» (Z73.0), або «Розлади адаптації» (F 43), або «Неврастенія» (F 48).

З початку травня 2019 року, ВООЗ використовує термін «вигорання» тільки у випадках, які пов'язані із роботою, тому «вигорання» класифікується як синдром. При цьому супутні симптоми цього синдрому впливають на стан здоров'я і життя загалом, зокрема послаблюється увага, погіршуються стосунки, частіше виникають конфлікти, зменшується рівень задоволення життям.

МКБ-11, що вступив в силу в січні 2022 року, також включає синдром емоційного вигорання в детермінанти, що впливають на стан здоров'я, разом з тим у класифікації передбачено визначення терміну «вигорання». ВООЗ у МКБ-11 СЕВ не класифікується як медичний стан, а належить до професійних явищ і описаний в розділі: «Фактори, що впливають на стан здоров'я або контакт зі службами системи охорони здоров'я» (Табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Поняття професійного та емоційного вигорання

| | |
|------------------------|---|
| Класифікація за МКБ-10 | Клас: Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я Блок: Звернення до установ охорони здоров'я в зв'язку з іншими обставинами Код: Z73.0 Назва: Перевтома |
| Класифікація за МКБ-11 | Клас: Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я Підклас: Фактори, що впливають на стан здоров'я Блок: Проблеми, пов'язані із зайнятістю або безробіттям Код: QD85 Назва: Перевтома |

«Вигорання» визначено як «синдром, що виникає в результаті хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий». Найбільш поширеним інструментом для оцінки вигорання зараз є опитувальник «вигорання» Maslach (Maslach Burnout Inventory – MBI). До того ж вигорання – не просто результат стресу, а наслідок некерованого стресу (Рис. 1.1) [21].

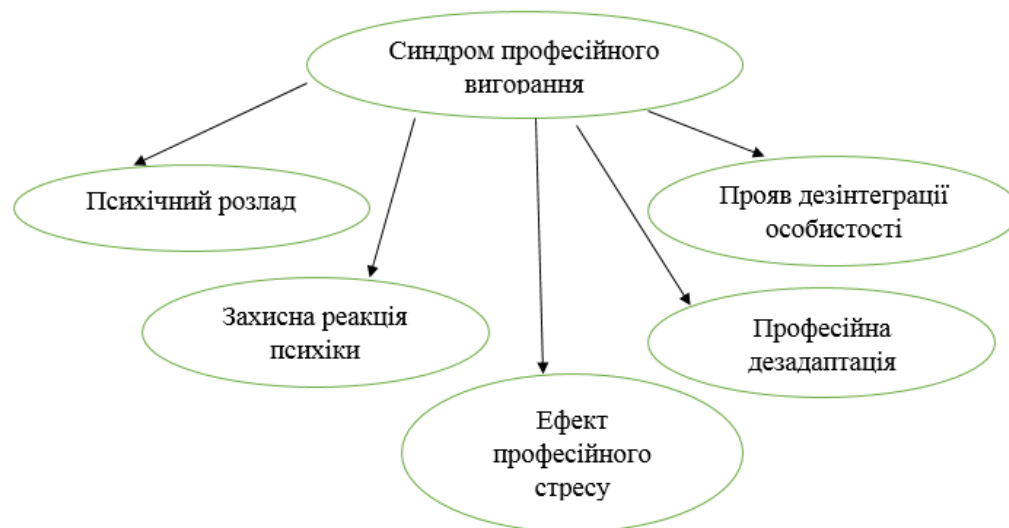


Рис. 1.1. Синдром професійного вигорання

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це реакція людини, що виникає внаслідок тривалого впливу професійних стресів середньої інтенсивності. Синдром емоційного вигорання є процесом поступової втрати емоційної, когнітивної та

фізичної енергії, що виявляється у симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичного стомлення, особистої відстороненості та зниження задоволення від виконання роботи.

Синдром емоційного вигорання має велике різноманіття клінічних проявів, згідно з К. Маслач і С. Джексона, виділяють три основні патологічні компоненти:

- емоційна виснаженість – виявляється емоційною спустошеністю та втомою;
- деперсоналізація / де гуманізація – характеризується знеособленням стосунків з людьми;
- редукція професійних досягнень виникнення у медико-фармацевтичних фахівців почуття некомпетентності в своїй професійній сфері, усвідомлення неспішності в ній (Табл. 1.2).

Таблиця. 1.2

Симптоми професійного вигорання

| Симптоми професійного вигорання | |
|---|--|
| Фізичні симптоми | Психологічні симптоми |
| <ul style="list-style-type: none"> • постійна втома • головний біль • розсіяна увага • фізичне виснаження • зниження реакції • сонливість / безсоння • зміна маси тіла | <ul style="list-style-type: none"> • апатія • депресія • дратівливість • песимізм • нервові зриви • відчуття тривоги, • страх не справитися зі своїми обов'язками |

Стан емоційного вигорання характеризується такими основними складовими (Табл. 1.3).

Таблиця. 1.3

Складові синдрому емоційного вигорання

| Складові | Характеристика |
|--|---|
| Втрата енергійності та емоційне виснаження – слабкість, що виникає | Саме цей чинник має найбільший негативний вплив на наше здоров'я, стосунки, роботу. І саме він поширюється на всі сфери життя. Розпізнати |

| | |
|--|---|
| через надмірну завзятість, небайдужість до справ протягом тривалого часу. | втрату енергійності ми можемо за такими ознаками: <ul style="list-style-type: none"> • Втома вже від самої думки про роботу; • Порухення сну, неперервні думки про роботу; • Відчуття виснаженості, низький або відсутній імпульс до дії, низька продуктивність; • Скарги на фізичний стан, ослаблене лібідо. |
| Деперсоналізація стан відчуження від себе самого, невисока залученість у своє життя (спостереження за своїм життям наче збоку), відчуття відсутності контролю над подіями і ситуаціями, які відбуваються у житті людини. А також низька здатність до емпатії, турботи і співчуття. | Розпізнати можна за такими аспектами: <ul style="list-style-type: none"> • Негативне, цинічне ставлення до колег, негативні почуття до клієнтів; • Почуття провини; • Відмежування від соціальних контактів, втеча «у равликову хатку»; • Поведінка уникання; • Згортання діяльності до найнеобхіднішого. |
| Зниження відчуття успішності та низька діяльнісна продуктивність – надвисоке відчуття марності від докладених зусиль, переконання, що «нічого не змінюється» і «це нікому не потрібно». | Особа, яка страждає на вигорання часто відчуває себе безпорадною, порожньою, її продуктивність відчутно знижується, а енергія і мотивація вичерпується і знижується. Незадоволеність продуктивністю і результатами роботи: <ul style="list-style-type: none"> • Досвід безуспішності та безпорадності; • Нестача визнання; • Недостатність зворотного зв'язку; • Відчуття само недостатності. |

Існує кілька моделей емоційного вигорання. Найпоширеніша з них – три факторна, запропонована у 1986 році К. Маслач і С. Джексон, яка розглядає вигорання як тривимірний конструктор. СЕВ включає в себе три стадії, кожна з яких компонується з наступних симптомів (Табл. 1.4) [7,9,12,14,17,19].

Стадії емоційного вигорання

| | |
|----------------------------|--|
| I стадія – напруга | <ul style="list-style-type: none"> • незадоволеність собою; • «загнаність в клітку»; • переживання психо-травмуючих ситуацій; • тривожність і депресія |
| II стадія – резистенція | <ul style="list-style-type: none"> • неадекватне, виборче емоційне реагування; • емоційно-моральна дезорієнтація; • розширення сфери економії емоцій; • редуція професійних обов'язків |
| III стадія – виснаження | емоційний дефіцит; емоційна відстороненість; особистісна відстороненість; психосоматичні та психо-вегетативні порушення |

[22,23,35]



Рис. 1.2. Прояви синдрому хронічної втоми

1.2. Детермінанти виникнення синдрому емоційного вигорання у медико-фармацевтичних фахівців

Синдром вигорання є наслідком впливу комбінації організаційних, професійних стресових і особистісних факторів (Табл. 1.5).

Таблиця 1.5

Основні детермінанти виникнення СЕВ

| Група факторів | Характеристика |
|--|---|
| група об'єктивних факторів | умови праці, відповідальність за життя і здоров'я людей, постійне включення в діяльність вольових процесів, насичені емоціями міжособистісні контакти, хронічна напружена емоційна діяльність |
| група соціально-психологічних факторів | соціально-економічна ситуація в країні, імідж і соціальна значимість професії, що дестабілізує організацію діяльності, неблагополучна психологічна атмосфера професійної діяльності |
| група суб'єктивних факторів | стан здоров'я, схильність до емоційної стриманості, моральні дефекти і дезорієнтація особистості, ірраціональні переконання, слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності, трудоголізм, кількість змін в житті |

СЕВ розвивається поступово протягом тривалого періоду часу. Він не настає несподівано, в одну мить, якщо вчасно не звернути увагу на перші ознаки вигорання, то він неодмінно настане. Ці ознаки спочатку непомітні, але з часом все більше прогресують. Ранні ознаки СЕВ – свого роду маркери, що сигналізують, щось не в порядку і необхідне прийняття рішення для запобігання зриву.

Законодавчо типові професійні ризики медико-фармацевтичної діяльності, які здійснюють негативний вплив на здоров'я медичних і фармацевтичних фахівців, закріплені за показниками тяжкості й напруженості трудового процесу, медична праця належить до шкідливої. Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 27.12.2001 року № 528 «Про затвердження Гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу». Напруженість трудового процесу означає зумовлене навантаження на центральну нервову систему (ЦНС) за рахунок інтелектуальних та емоційних чинників.

Нозологічна структура захворюваності медико-фармацевтичних фахівців свідчить саме про стресове походження більшості їх захворювання [2].

Передумовами розвитку синдрому емоційного вигорання у медико-фармацевтичних фахівців можуть бути зовнішні і внутрішні фактори (Табл. 1.6).

Таблиця. 1.6

Передумови розвитку синдрому емоційного вигорання

| Зовнішні фактори | Внутрішні фактори |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • хронічна напружена психоемоційна діяльність; • дестабілізуюча організація роботи; • підвищений рівень відповідальності; • низька соціальна оцінка значимості праці; • девальвація професійної самооцінки в процесі накопичення професійного досвіду; • необхідність безперервного післядипломного розвитку тощо. | <ul style="list-style-type: none"> • інтенсивність та стиль спілкування людини; • відповідність її темпераменту виконуваній роботі; • схильність до екстраверти чи інтроверти |

Основними причинами підвищеного стресу і наслідком вигорання медико-фармацевтичних фахівців є:

- Над високий рівень фізичного і емоційного навантаження;
- Високий рівень тривоги за себе, своїх рідних, колег та пацієнтів;
- Непідготовленість медико-фармацевтичної системи до викликів спричинених війною в Україні;
- Внутрішній тиск між почуттям обов'язку перед пацієнтами та сім'єю;
- Недостатнє фінансове забезпечення медичних працівників та забезпечення лікарень та системи в цілому;
- Необхідність робити вибір при використанні ресурсів, лікарських засобів та інших виробів медичного призначення [1].

Таблиця 1.7

Сумарна характеристика чинників, що впливають на розвиток СЕВ

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Індивідуальні чинники | Організаційні чинники |
|-----------------------|-----------------------|

| Соціально-демографічні характеристики | Умови роботи |
|---------------------------------------|---|
| Вік | Робоче перевантаження |
| Стать | Дефіцит часу |
| Рівень освіти | Тривалість робочого дня |
| Сімейний стан | |
| Стаж роботи | |
| Особистісні особливості | Зміст праці |
| Витривалість | Кількість клієнтів |
| Локус контролю | Гострота проблем клієнтів |
| Стиль опору | Глибина контакту з клієнтом |
| Самооцінка | Участь у прийнятті рішень |
| Тип поведінки А | Самостійність у своїй роботі |
| Нейротизм (тривожність) | Зворотний зв'язок |
| Екстраверсія | |
| Професійна мотивація | Соціально-психологічні |
| Ціннісні орієнтації | Рольовий конфлікт і рольова амбівалентність |
| Рівень вимог | Соціальна підтримка |
| Когнітивні процеси | Зворотний зв'язок |
| Здібності та інтелект | |

Якщо відійти від загальноприйнятих передумов виникнення СЕВ, проаналізувати реальність з якою медико-фармацевтичні фахівці стикнулися з 24 лютого 2022 року, можна дійти висновку що проблема виснаження має широкий контекст:

- Відсутність безпеки, загроза життю – новий контекст життя;
- Тотальна невідомість у роботі та житті;
- Потреба працювати в змінених умовах – сирени тривоги, зони бойових дій, влучання ракет без попереднього сигналу, інші міста в разі вимушеного переміщення;
- Максимальна конфронтація з травматичними історіями, ситуаціями населення, а також власними, або близьких людей;
- Мозок щодня опрацьовує надмірну кількість інформації, яка передусім стосується виживання. Відчуття постійної небезпеки забирає велику кількість сил, рівень ресурсів виснажується, можливості зменшуються [5,13,18].

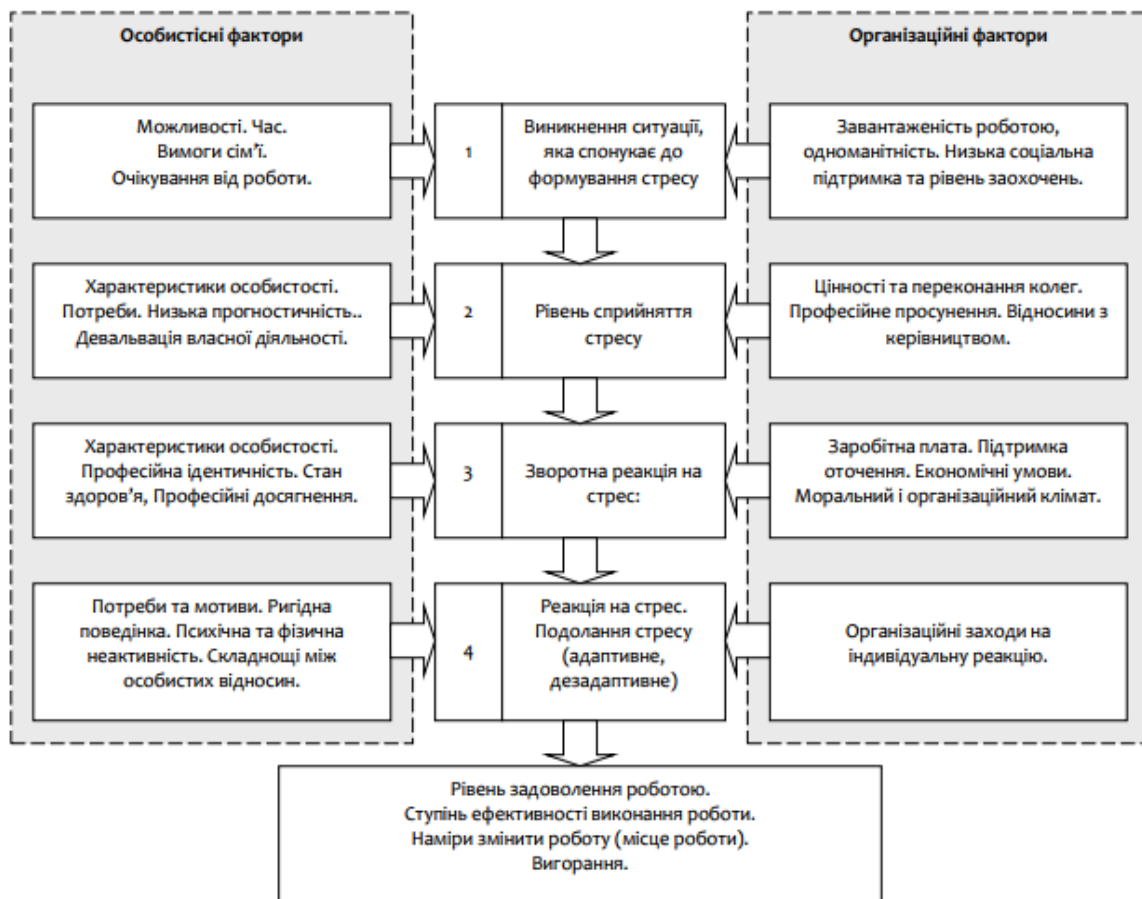


Рис. 1.3. Модель розвитку професійного стресу та професійного вигорання за Б. Перлманом та Е. Хартманом [27]

1.3. Статистика розповсюдження СЕВ серед медико-фармацевтичних фахівців

Медичні працівники у стані вигорання є менш ефективними на роботі, вони схильні робити більше помилок, що впливає на якість наданих медичних послуг. Відповідно задоволеність такими послугами серед пацієнтів нижча [4].

Згідно офіційних даних серед різних категорій медико-фармацевтичних працівників, яке було проведено у 12 європейських країнах, виявлено, що 43 % фахівців мали високий рівень емоційного виснаження; 35 % – деперсоналізацію; 32 % – знецінення рівня особистих досягнень; а 12 % мали вигорання по усіх трьом параметрам. Це показує глобальність цього процесу, яке потребує ефективних інтервенцій для профілактики та запобігання СЕВ. Досвід вигорання медичних працівників у різних країнах відрізняється через соціологічні та культурні відмінності та контекстні особливості функціонування системи охорони здоров'я.

Український контекст відрізняється тим, що медичні працівники мають низьку заробітну плату (хоча з реформою фінансування системи охорони здоров'я 2018 року ситуація дещо поліпшилася), організаційна культура лікарень характеризується непрозорими рішеннями і браком уваги до розвитку людських ресурсів (людського капіталу), відсутністю належної комунікації. В системах охорони здоров'я, де відбувається трансформація первинної ланки, особливо помітна проблема вигорання медичних працівників.

На сьогоднішній день від 25 до 75 % медико-фармацевтичних працівників у всьому світі стикаються з емоційним вигоранням різного ступеня тяжкості. Згідно літературних даних, СЕВ діагностують у 46 % лікарів Великої Британії, 31,4 % – лікарів Гонконгу, 50 % – лікарів-педіатрів Бразилії, 42,4 % – лікарів Франції, 73,3 % – лікарів-психіатрів, 23,5 % – лікарів невідкладної допомоги та 89,3 % – лікарів-педіатрів України.

Результати українських досліджень 2016 р. свідчили, що СЕВ характерний для 74,1 % медичних фахівців, у 25,9 % СЕВ перебуває на етапі формування. 1 з 3 фахівців використовують лікарські засоби для корекції емоційного стану, при цьому кількість вжитого алкоголю медичними фахівцями перевищує середній рівень у соціумі. Внутрішні та зовнішні фактори медико-фармацевтичного сектору зумовлюють психологічний дискомфорт у фахівців, а також змінюють ставлення до пацієнта, що проявляється станом фізичного й емоційного виснаження, розвитком негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втратою емпатії до пацієнтів та оточуючих [25].

Офіційної статистики щодо поширення синдрому вигорання немає, але дослідники наголошують про те, що такий синдром є наявним у 20-30 % фахівців. Проблема набула ще більшої актуальності з 2019 року. Саме тоді вперше про професійне вигорання заговорили як про хворобу, яка є наслідком хронічного стресу на роботі. За ініціативою ВООЗ професійне вигорання віднесено до МКХ. Найбільш вразливою категорією фахівців, що мають високий ризик виникнення професійного стресу, який є показником прояву вигорання, є ті, хто працює в системі «людина-людина». У ситуації невизначеності проблема професійного

вигорання особливо гостро відображається на їх роботі, в тому числі на роботі фахівців сфери охорони здоров'я. В умовах воєнного стану більшість медиків та фармацевтів працює в ситуаціях емоційного перенавантаження. Медико-фармацевтичний фахівець – не «людина-функція», а багатогранний фахівець з високими моральними та етичними цінностями. І це доведено, враховуючи стан повномасштабної війни у нашій країні. Можна припустити, що синдром професійного вигорання стає де мотиватором роботи медико-фармацевтичного персоналу.

СЕВ як реакція на професійні стресові чинники виявляється у 68,4 % фармацевтичних працівників аптечних закладів, які працюють за першим столом. Аналіз динамічної структури синдрому показав, що у 30,6 % СЕВ перебуває у фазі напруження, 20,4 % – резистенції, 17,3 % – виснаження.

Відповідно до звіту за 2017 р., на СЕВ припадає 8 % усіх випадків професійних захворювань [8].

Згідно даних статистики за 2019 рік близько 210 млн. людей у світі страждає на синдром вигорання, а це орієнтовно 5-7 % всього населення. За результатами опитування проведеного організаціями Flex Jobs і Mental Health America (МНА) на липень 2020 року свідчить, що 75 % працівників пережили вигорання, а 40 % опитаних переконані, що це прямий результат пандемії COVID-19. За даними дослідження праці та благополуччя, проведеного Американською психологічною асоціацією (APA) у 2021 році, 3 з 5 працівників повідомили про негативні психічні та фізичні впливи через стрес, пов'язаний з роботою. 26 % відзначили відсутність інтересу, мотивації чи енергії, 32 % повідомили про емоційне виснаження, а 44 % відзначили високий рівень фізичної втоми. З'ясовано, що понад половини (52 %) працівників повідомили про почуття вигоряння, між віковими групами існує розрив. У той час, 31 % бекі-бумерів відчували себе вигорілими, 59 % міленіалів і 58 % респондентів покоління Z відчували те саме.

Дослідження Deloitte показало, що 77 % працівників зазнавали вигоряння на своїй роботі, а основною причиною вигоряння є відсутність підтримки та визнання з боку керівництва. Компанія Qualtrics виявила, що у 2020 році 79 % працівників у

26 країнах відчували себе «на межі своєї працездатності або за її межами». Вищий відсоток жінок-керівників (43 %) повідомляють про почуття вигорання проти чоловіками на їх рівні (31 %)/

У 2021 році Mental Health UK виявило, що 46 % працівників відчували себе «схильними до екстремального рівня стресу» порівняно з 2020 роком, у той час як кожен п'ятий повідомив, що відчувається «нездатним впоратися зі стресом і тиском на робочому місці». Опитування, проведене McKinsey Health у 2022 році серед 15 000 працівників у 15 країнах, показало, що чверть співробітників відчувають симптоми вигорання. 76 % респондентів у дослідженні Mental Health America та Flex Jobs погодилися, що стрес на робочому місці впливає на їхнє психічне здоров'я, а 75 % зазнали вигорання.

В Україні схоже дослідження проводилося всеукраїнським порталом в 2017 році з пошуку роботи, згідно якого 64 % опитуваних –перебувають у стані вигорання, з них 22 % пов'язують його зі своєю професійною діяльністю. У жіночій половини населення СЕВ розвивається частіше, ніж у чоловіків. І хоча дані щодо України не є науково підтвердженими, вони відображають певну тенденцію.

У звіті Gallup і Work human показано, що плинність кадрів і втрата продуктивності через СЕВ співробітників обходяться підприємствам у всьому світі приблизно в 322 млрд. доларів, при цьому вартість добровільної плинності кадрів лише через СЕВ становить від 15 % до 20 % бюджету заробітної плати щороку. Дослідження APA показало, що 81 % співробітників під час пошуку майбутніх посад шукатимуть робочі місця, які підтримують психічне здоров'я, що наголошує на важливості переваг психічного здоров'я для утримання співробітників.

Зв'язок між вигоранням і поганим здоров'ям: результати численних звітів, показують, що у фахівців, які мають справжнє вигорання на робочому місці, ризик відсутності на робочому місці збільшується на 57 %, ризик розвитку депресивних розладів збільшується на 180 %, 84 % підвищений ризик діабету 2 типу, на 40 % підвищений ризик гіпертонії. Співробітники, які ідентифікують себе як ті, хто зазнає вигорання, на 23 % частіше звертаються у відділення невідкладної допомоги [9,11,20,30,36,38].

Висновки до 1 розділу

1. Професійна діяльність медико-фармацевтичних фахівців закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) незалежно від різновиду виконуваної роботи відноситься до групи професій з підвищеною моральною відповідальністю за здоров'я і життя населення, особливо в кризових умовах. Медико-фармацевтичні фахівці є представниками групи соціальних професій, що характеризуються високим рівнем емоційного вигорання. Передумовою до виникнення СЕВ є постійні стреси, висока психоемоційне навантаження.
2. СЕВ або burnout-синдром включений до переліку захворювань МКХ 10 та 11 перегляду, які відповідно до роз'яснення, «слід пов'язувати лише та виключно із професійною діяльністю. Цей розлад описують як «хронічний стрес на робочому місці, з яким фахівець своєчасно не впорався».
3. СЕВ – комплексне, багатокomпонентне психолого-психофізіологічне явище, яке проявляється в емоційному, розумовому і фізичному виснаженні. Причиною СЕВ є тривале емоційне навантаження або перевантаження, що виражається в депресії, втомлюваності і спустошеності, недостатчі енергії та прояву ентузіазму до роботи, фахівець втрачає можливість бачити позитивні результати своєї діяльності, фокусується тільки на негативних обставинах відносно роботи і життя взагалі, втрачає емпатію.

Розділ 2.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ

2.1. Організація умов практичного дослідження синдрому емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців

Метою проведеного експерименту є дослідження рівня синдрому емоційного вигорання. Нами сплановано та проведено прикладне дослідження загального рівня «емоційного вигорання» у медико-фармацевтичних фахівців, як представників особливої групи професій «людина-людина».

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні завдання:

- Здійснити підбір діагностичних методик по виявленню рівня емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців.
- Експериментально визначити рівень емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців з різним стажем роботи.
- Розробити та апробувати програму з профілактики емоційного вигорання медико-фармацевтичних фахівців.

Період збору інформації – вересень-жовтень 2023 року. Кількість учасників дослідження – 50 осіб. Основний метод збору інформації – онлайн опитування. В опитуванні брали участь працівники аптечних закладів «Аптечної мережі 9-1-1» приватної форми власності м. Харкова (в'їзд Білостоцький, 3) та КНП Міської клінічної лікарні №30 (КНП «МКЛ №30» ХМР) м. Харків (61024, вул. Гуданова 5/7).

Перший етап дослідження передбачав проведення напів структурованих інтерв'ю (бесід) з лікарями загальної практики та фармацевтичними працівниками. Було проведено 5 напів структурованих бесід, усі бесіди проводились за допомогою онлайн-зв'язку (Zoom-конференції). Другим етапом дослідження було проведення анкетування лікарів та фармацевтів, за згодою респондентів було надано анкети в Google Forms.

Дане анкетування представляє собою соціологічне опитування для визначення основних викликів з якими зітнулися медико-фармацевтичні фахівці і

альтернативні шляхи подолання. На основі анкетування було проаналізовано професійні дані експертів. Коефіцієнт компетентності експертів залежить від стажу роботи, наявності кваліфікаційної категорії.

Google Forms використовувалася для налаштування онлайн-опитування та збору відповідей, оскільки він автоматично розміщує онлайн-анкету через унікальну URL-адресу та зарекомендував себе як ефективна та економічна платформа для адміністрування анкет без шкоди для якості, безпеки та достовірності даних. Ця зручна для користувача веб-платформа була розроблена для підтримки збору даних для опитувань та наукових досліджень, надаючи інтуїтивно зрозумілий інтерфейс для введення перевірених даних; автоматизовані процедури експорту для безперешкодного завантаження даних у загальні статистичні пакети; та процедури імпорту даних із зовнішніх джерел. Відповідно до рекомендацій обліковий запис було створено виключно для управління даними анкети для дослідницької групи.

Однією з найбільш постраждалих за кількістю знищених під час війни об'єктів є Харківська обл. Зокрема, є райони настільки зруйновані, що люди там не живуть, тож немає доцільності відкривати аптеки. Також, якщо від аптечного закладу лишилися руїни, відновити його неможливо. Зараз потроху відновлюється робота аптек там, де це можливо.

В ході дослідження було з'ясовано з якими складнощами і їх наслідками зіткнулися медико-фармацевтичні фахівці на початку повномасштабної війни, які з них вже вирішено, а які досі є актуальними.

Виклики з якими довелось мати справу в умовах військового стану:

- Стан аптек. Рівень руйнацій на де окупованих територіях суттєвий. Необхідно перевіряти та оцінювати стан медичних та аптечних закладів, щоб розуміти, чи є що відкривати взагалі. Сам шлях може бути складним та потребувати серйозної підготовки, логістичне розв'язання досить в поганому стані.
- Небезпека. На де окупованих територіях сапери Державної служби України з надзвичайних ситуацій виявляють вибухонебезпечні

предмети нерозірвані снаряди, міни, залишки вибухівки, розтяжки. Спочатку їх мають знешкодити. Окрім того, де окуповані території часто зазнають обстрілів з боку ворога.

- Персонал. Деякі працівники медичних та аптечних закладів, які опинилися під окупацією, на жаль, загинули на робочому місці. Вони отримали державні нагороди посмертно. Велика кількість медико-фармацевтичних фахівців виїхали. Частина з них повернулося, але вони також потребують допомоги та підтримки.
- Відсутність комунікацій. На багатьох де окупованих територіях не було води, світла, тепла, а основне зв'язку та інтернету.
- Відсутність поруч автозаправних станцій. Паливо потрібне для автомобілів, доставки ЛЗ, для забезпечення роботи генераторів, якими оснащуються лікарні та аптеки, які працюють щоб забезпечити їх роботу в умовах відсутності електроенергії.
- Повна відсутність аптеки або лікарні. Є населені пункти, де немає аптечних закладів. Де більше немає лікарні, бо вони зруйновані. Але люди, які там живуть і довгий час перебували в окупації, потребують гуманітарної допомоги, потребують лікарських засобів (ЛЗ). Вони їх отримують завдяки волонтерському руху.

Війна показала, що аптека це не просто місце продажу ЛЗ та виробів медичного призначення (ВМП), а першочергово місце надання допомоги. Стало зрозумілим, що в нинішніх реаліях уміння надати першу медичну допомогу питання виживання. Були випадки, коли поряд з аптекою прилітали снаряди. Проблема полягала в тому, що коли таке трапляється, виявляється, що надавати першу медичну допомогу людям, які опинилися поблизу, немає чим. Пріоритети залишаються сталими – це фокус на якості, турбота про співробітників, допомога суспільству. Кожний керівник медичного та аптечного закладу відстежує статуси своїх працівників, а основним завданням стало збереження персоналу та їх психоемоційного стану.

При організації дослідження СЕВ у медико-фармацевтичних фахівців, повинні використовуватись різні методи: спостереження, анкетування, тестування, бесіди. За допомогою цих методів можна вивчити риси особистості, ставлення фахівця до інших людей, спосіб реагування на конфлікти, характеристики професійної орієнтації, характеристики емпатії, характеристики особистості, характеристики сфери мотивації, тривожності та агресивності.

Дослідження має на меті виміряти контекстуальне розуміння вигорання серед спеціалістів медичної та фармацевтичної допомоги в Україні. Це можливо реалізувати з використанням комбінованих методів, щоб не лише перевірити валідність методик, виміряти показники вигорання, а й за допомогою якісних методів краще з'ясувати розуміння вигорання медико-фармацевтичних фахівців у визначеному контексті – українській системі охорони здоров'я, що реформується.

Відбір респондентів здійснено за такими критеріями: робота лікаря загальної практики, провізор/фармацевт; здатність рефлексувати про свою роботу; інтерес до теми синдрому емоційного вигорання. Відбір респондентів здійснювався через професійну «Аптечну мережу 911», які були залучені до дослідження, а також через звернення до експертів, які порекомендували доступних для дослідження респондентів медичного закладу.

Для проведення напів структурованих бесід було розроблено алгоритм, який стосувався основних аспектів роботи, у яких виникає та розвивається синдром емоційного вигорання, а також розуміння явища вигорання. Алгоритм складався з чотирьох тематичних блоків: а) вибір професії: очікування від роботи та реальність; б) сприйняття роботи: навантаження, матеріальна та нематеріальна винагорода, труднощі та найцінніші аспекти роботи; в) комунікація в закладі, стосунки в колективі, цінності в ЗОЗ, зрозумілість процесів та ухвалення рішень керівництвом; г) розуміння явища синдрому емоційного вигорання, досвід вигорання.

Дослідження проводилося в кілька етапів:

- організаційний етап експерименту – вибір діагностичних методик, формування вибірки досліджуваних;

- дослідний етап – виявлення рівня синдрому емоційного вигорання у медико-фармацевтичних фахівців;
- аналітичний етап експерименту – аналіз, порівняння отриманих результатів діагностичних методик.

2.2. Аналіз методів практичного дослідження розвитку синдрому емоційного вигорання

Анкета включала психологічну методику відповідно до опитувальника В. В. Бойко. Методика Бойко В.В. дозволяє визначити рівень сформованості психологічного захисту у формі емоційного вигорання. Методика В.В. Бойко дозволяє осмислити показники кожної фази синдрому емоційного вигорання:

- фаза напруги: переживання травматичних обставин, незадоволеність собою, «загнаність у клітину», тривога та депресія;
- фаза резистенції: неадекватна емоційна реакція, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери збереження емоцій, зниження професійної відповідальності;
- фаза виснаження: емоційний дефіцит, емоційна відстороненість, особистісна відстороненість (деперсоналізація), психосоматичні та психо-вегетативні розлади.

Досліджуваним пропонуються надати відповідь на 84 запитання, кожне з яких відповідає одному з провідних симптомів «вигорання», які, у свою чергу, відносяться до одного із 3-х компонентів «емоційного вигорання»: 1) напруження, 2) резистенція, 3) виснаження. Респондент знайомиться зі змістом бланка і отримує завдання висловити своє ставлення до вмісту як однозначних відповідей «так» чи «ні».

Відповідно до «ключа» рахуються: 1) сума балів окремо для кожного з 12 симптомів «вигорання»; 2) сума показників симптомів для кожної з 3-х фаз формування «вигорання»; 3) підсумковий показник синдрому «емоційного вигорання» – сума показників усіх 12-ти симптомів. За показником виразності кожного симптому визначається фаза сформованості «емоційного вигорання»: від

0 до 9 балів – симптом не сформований; від 10 до 15 балів – симптом на стадії формування; від 16 і більше балів – симптом сформований.

Другим психо-діагностичним інструментом в опитуванні використаний опитувальник МВІ авторів К. Маслач і С. Джексона (Maslach Burnout Inventory), який було розроблено у 1981 р. К. Маслач із колегами (Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli, & Schwab, 1986; Maslach, Jackson, Leiter, 1997). Першим розробленим і найпоширенішим інструментом є Maslach Burnout Inventory (МВІ). Це шкала з твердженнями, які складають три чинники: емоційне виснаження, деперсоналізація та рівень особистих досягнень. Опитувальник адаптований Н.С. Водоп'яноюю.

Результати дослідження за цими методиками є кореляційними, тому найкраще відображають та підтверджують наявність або відсутність СЕВ.

На сьогодні розроблено 5 версій МВІ для різних професій: соціальні служби, медичний персонал, освітяни, студенти та загальне опитування (для працівників інших сфер). Критики методу МВІ вважають, що він надмірно зосереджений на психологічних чинниках. Твердження у двох вимірах СЕВ сформульовано в негативному ключі. Таке формулювання тверджень у психо-метричних шкалах може дещо викривляти результати.

Оскільки з усіх систематизованих нами інструментів саме МВІ має версію, розроблену для вимірювання вигорання серед медичних працівників (МВІ-HSS (MP)), ми використали саме її.

К. Маслач виділяє чотири стадії вигорання, які характеризують:

- 1) ідеалізм і надмірні вимоги до себе;
- 2) емоційне та психічне виснаження;
- 3) дегуманізація як спосіб захисту;
- 4) синдром огиди (до себе – інших – до всього).

Описуючи проблему вигорання, К. Маслач розуміє під емоційним вигоранням порушення «балансу» як у професійному житті, так і в особистому. Відчуваючи хронічне емоційне напруження та намагаючись впоратися з ним та зменшити його, людина фізично і психологічно дистанціюється від своїх партнерів по спілкуванню. Фізичне дистанціювання полягає в скороченні робочого часу,

збільшенні робочих перерв або їх кількості, уникненні діяльності або професійного спілкування. Західні дослідники відзначають прямий зв'язок між професійним вигоранням і звільненням з роботи. Нерідко трапляється, коли працівник прагне перейти на адміністративну роботу в тій самій сфері, оскільки вона допускає менше поглиблення в проблеми людей.

Редукція професійних досягнень характеризує зниження професійної ефективності працівника, яке може проявлятися в негативізмі до службових обов'язків і можливостей, в обмеженні обов'язків по відношенню до соціального оточення, в зменшенні значущості виконуваної діяльності. Має місце яскраво виражене почуття власної неспроможності та некомпетентності, небажання докладати зусилля для професійного розвитку.

Третій психо-діагностичний інструмент в опитуванні використаний «Шкала PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліон (Lemyr-Tessier-Fillion)».

Призначено для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу, дає можливість виміряти показники стресових відчуттів в соматичних, поведінкових та емоційних контекстах. Методика була спочатку розроблена у Франції, потім переведена і валідизована в Англії, Іспанії та Японії. Переклад і адаптація вітчизняного варіанту методики виконані Н. Е. Водоп'янової. При розробці методики автори прагнули усунути наявні недоліки традиційних методів вивчення стресових станів, спрямованих в основному на непрямі вимірювання психологічного стресу через стресові фактори або патологічні прояви тривожності, депресії, фрустрації. Деякі методики призначені для виміру стресу як природного стану психічної напруженості. З метою усунення цих методологічних невідповідностей Лемур-Тесьє-Філліон розробили опитувальник, який описує стан людини, що переживає стрес, внаслідок чого не має необхідності у визначенні таких змінних, як стресори або патології. Питання сформульовані для нормальної популяції у віці від 18 до 65 років для різних професійних груп. Все це дозволяє вважати методику універсальною для застосування у різних вікових і професійних вибірках.

Велика кількість досліджень показала, що PSM володіє достатніми психометричними властивостями. Були виявлені кореляції інтегрального показника PSM зі шкалою тривожності Спіл-Бергера ($r = 0,73$), з індексом депресії [Beck Depression Inventory] ($r = 0,75$). Величини цих кореляцій пояснюються генералізованим переживанням емоційного чи стресу або депресії. При цьому дослідження валідності показують, що PSM концептуально відрізняється від методик дослідження тривожності і депресії.

Коефіцієнт кореляції Пірсона – статистична міра, що використовується для вимірювання ступеня лінійної залежності між двома змінними.

Кореляція – встановлює зв'язок між двома змінними (наприклад, між ефективністю діяльності та швидкістю реагування, між стомлюваністю та працездатністю). Оцінка цього зв'язку здійснюється за допомогою коефіцієнта кореляції.

Кореляційний зв'язок відображує факт, що мінливість одного признаку знаходиться в деякій відповідності з мінливістю іншого. Кореляційний зв'язок – це узгоджені змінення в обох признаках.

Кореляційна залежність – це змінення, які вносять значення одного признаку в імовірність появи інших значень другого признаку.

Кореляція Пірсона допомагає визначити, чи має сенс проводити подальший аналіз даних. Якщо кореляція між двома змінними дуже слабка – немає необхідності в подальшому вивченні взаємозв'язку між ними. Якщо кореляція досить сильна – це вказує на те, що між цими змінними є суттєва залежність, і подальший аналіз може бути доцільним. Коефіцієнт кореляції Пірсона позначається як « r » і може приймати значення від -1 до +1. Якщо $r = +1$, то існує повна позитивна лінійна залежність між змінними. Якщо $r = -1$, то існує повна негативна лінійна залежність між змінними. Якщо $r = 0$, то між змінними немає лінійної залежності.

$$\rho_{X,Y} = \frac{cov(X,Y)}{\sigma_X \sigma_Y}$$

Де, $cov(X,Y)$ – ко-варіація між змінними X та Y,

σ_X - стандартне відхилення змінної X,

σ_Y - стандартне відхилення змінної Y.

У психологічних дослідженнях найчастіше застосовується коефіцієнт лінійної кореляції r Пірсона. Цей метод є параметричним. Цей коефіцієнт застосовують для аналізу залежності між змінними, які виміряні на одній вибірці за шкалою інтервалів або рівних відношень. Розподіл даних повинен відповідати умовам нормального розподілу [10,31,32].

Розділ 3.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОВЕДЕНОГО ПРАКТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Результати практичного дослідження

У дослідженні взяли участь медико-фармацевтичні фахівці, що знаходяться на різних етапах професійної діяльності: 3 роки фахового стажу; стаж роботи від 3-х до 5 років; стаж роботи від 5 до 10 років; професіонали зі стажем понад 10 років. Вік респондентів від 22 до 55 років.

Було висунуто основні гіпотези:

- Більше 50 % медичних і фармацевтичних фахівців мають уже сформований СЕВ або формування цього синдрому.
- СЕВ більшою мірою виражений у співробітників, що мають регулярні перепрацювання.
- Медичні та фармацевтичні працівники, які мають досвід роботи 8-10 років, порівняно з іншими групами, більше відчують прояви професійного вигорання.

Розподіл учасників дослідження за різними критеріями наступний:

- критерієм «стаж роботи» такий: в групу зі стажем роботи до 3 років увійшло 6 респондентів, 3-5 років – 9 осіб, 5-10 років – 25 осіб, понад 10 років – 10 осіб.
- гендерний розподіл 46 % чоловіків і 54 % жінок;
- ЗОЗ – 35 % працюють у комунальному закладі охорони здоров'я, 65 % – у приватному закладі;
- стан здоров'я: 36 % мають не дуже хороше здоров'я; 29 % посереднє здоров'я; 22 % почуваються здоровими, 13 % – почуваються повністю здоровими.

Основна мета дослідження – визначити результати лікарів та фармацевтів для кожного з трьох параметрів вигорання: емоційне виснаження (ЕЕ), деперсоналізація (DP)/СУ та особисті досягнення (РА)/РЕ.

Згідно з умовами методики В. Бойко, кількість балів на кожному етапі представляє рівень сформованості СЕВ медико-фармацевтичних фахівців.

За ступенем фазо утворення всю вибірку умовно можна розділити на три групи. Розподіл базується на кількості балів для кожного етапу СЕВ як усієї вибірки:

- 1 група – хоча б в одній із фаз синдром уже сформований (загальна кількість балів більше або дорівнює 61) 38 %;
- 2 група – синдром формується хоча б в одній фазі (підсумкова кількість балів в одній з фаз знаходиться в проміжку від 37 до 60 балів) 44 %;
- 3 група – синдром взагалі не сформований (остаточна кількість балів ні в одній фазі не перевищила 36 балів) 18 %.

Аналіз отриманих результатів показує, що 38 % респондентів мають хоча б одну сформовану повністю фазу емоційного вигорання, а 44 % фахівців мають хоча б одну фазу в процесі розвитку.

Виявлено, що 52 % респондентів перебувають на рівні виснаження, у 47 % фаза резистенції формується або вже сформована. Високий рівень деперсоналізації виявлено в 23 % респондентів; 46 % перебуває в процесі її формування. 60 % відповіли на питання, що визначають високий рівень редукції в професійній діяльності. За результатами опитування, 12 % підтверджують дуже низький рівень редукції та втрату інтересу до професії.

Було встановлено, що у 38 % осіб виявлено емоційну виснаженість дуже високого рівня, у 42 % – високого, у 14 % – середнього та лише у 6% – низького.

В результаті встановлено, що 19 % – визнають прояви відвертої байдужості до своїх професійних обов'язків; 38 % опитаних медичних/фармацевтичних працівників не мають жодних планів на майбутнє.

Найбільший відсоток СЕВ спостерігають у респондентів із стажем від 10 років і більше, найвищий рівень деперсоналізації відзначають у респондентів, старших 50 років, які мають виробничий стаж більше 20 років.

На основі даних, отриманих в результаті застосування опитувальника виявлення емоційного вигорання К. Маслач і С. Джексона в цілому по вибірці були

обчислені середні значення рівня вигорання на різних етапах професійної діяльності. Отримані за допомогою опитувальника дані дозволили встановити вираженість у медико-фармацевтичних фахівців, що брали участь в експерименті окремих компонентів вигорання.

За результатами опитування встановлено – більшість учасників мають проблеми з емоційним виснаженням. Редукція професійних досягнень (особиста незадоволеність) та деперсоналізація проявлені на середньому рівні. Отримані результати свідчать про наявність трьох груп фахівців відповідно до рівня прояву характеристик професійного вигорання. Середній бал емоційного виснаження склав 5,3 бали з 6 можливих, особиста незадоволеність проявляється на рівні 3,3 бали, деперсоналізація – 4,75 бали.

Аналіз результатів, отриманих за допомогою опитувальника К. Маслач і С. Джексона, дозволив встановити наступне:

- За трьома шкалами методики досліджувана вибірка медичних та фармацевтичних працівників характеризується значним ступенем вигорання.
- Масштаб змін середнього рівня вигорання від початку трудової діяльності до стажу понад 10 років незначний.
- Показник ступеня професійного вигорання від початку трудової діяльності до стажу понад 10 років збільшується.

Таблиця. 3.1.

Визначення показників рівня СЕВ серед медико-фармацевтичних фахівців працівників

| Рівні емоційного виснаження | Медичні працівники n=17,5 | Фармацевтичні працівники n=32,5 | Чоловіки n=23 | Жінки n=27 |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------|---------------|
| Низький рівень L (0-15) | 8 | 23 | 15 | 22 |
| Середній рівень M (16-24) | 22 | 33 | 15 | 25 |
| Високий рівень H (25 і більше) | 84 | 64 | 56 | 68 |

Аналіз показників емоційного виснаження серед медико-фармацевтичних працівників (Табл. 3.1) показав наступні результати:

- низький рівень емоційного виснаження спостерігається у 8 % медичних працівників (лікарів) та 23 % у фармацевтичних працівників;
- середній рівень у 22 % медичних працівників (лікарів) та 33% у фармацевтичних працівників;
- високий рівень емоційного виснаження відслідковується у 84 % медичних працівників (лікарів) та 64 % фармацевтичних працівників.

Це підтверджує – високий рівень відповідальності на роботі провокує емоційне виснаження. Результати субвибірки за критерієм «статі» продемонстрував наступні результати: високий рівень емоційного виснаження спостерігається у 68% жінок та у 56% чоловіків. Емоційне виснаження у медико-фармацевтичних працівників характеризується відчуттям емоційної напруги, порожнечі, виснаженням власних емоційних ресурсів. Людина не може віддаватися робочому процесу, як раніше. При емоційному виснаженні характерні приглушеність емоцій, у важких формах можливі емоційні зриви.

Таблиця. 3.2.

Визначення показників рівня деперсоналізації серед працівників сфери обслуговування (у %)

| Рівні деперсоналізації | Медичні працівники n=17,5 | Фармацевтичні працівники n=32,5 | Чоловіки n=23 | Жінки n=27 |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------|---------------|
| Низький рівень L (0-5) | 5 | 13 | 3 | 14 |
| Середній рівень M (6-10) | 48 | 49 | 15 | 45 |
| Високий рівень H (11 і більше) | 59 | 55 | 56 | 45 |

Аналіз показників рівня деперсоналізації серед медико-фармацевтичних фахівців по компонентній шкалі «деперсоналізація» розподілилися у наступних відсоткових значеннях:

- медичні працівники «деперсоналізація» характерна 59% досліджуваних респондентів;
- по субвибірці фармацевтичні працівники – 55% досліджуваним;
- серед субвибірки жінок «деперсоналізація» зустрічається у 45% респондентів;
- серед субвибірці чоловіків у 56% досліджуваних.

«Деперсоналізація» кваліфікується як тенденція до розвитку негативного, бездушного, цинічного ставлення до власних колег, пацієнтів, клієнтів та інших контактних суб'єктів у професійній діяльності. У процесі вигорання контакти стають формальними, безособовими, критичними. Негативні установки, які виникають, можуть мати прихований характер на початку, що виявляється у внутрішньому стриманому роздратуванні, яке згодом проявляється у вигляді спалахів роздратування, агресії, невдоволення, розвитку конфліктних відносин.

Таблиця 3.3

Аналіз показників редукції професійних досягнень серед працівників сфери обслуговування (у%)

| Рівні редукції професійних досягнень | Медичні працівники n=17,5 | Фармацевтичні працівники n=32,5 | Чоловіки n=23 | Жінки n=27 |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------|---------------|
| Низький рівень L (37 і більше) | 25 | 19 | 26 | 13 |
| Середній рівень M (31-36) | 16 | 26 | 27 | 42 |
| Високий рівень H (30 і менше) | 69 | 55 | 56 | 50 |

Розподіл показників по компонентній шкалі емоційного вигорання «Редукція професійних досягнень» (Табл. 3.3.) серед опитуваних респондентів субвибірки «медичні працівники (лікарі)» високий рівень виявлено у 69% досліджуваних. По субвибірці «фармацевтичні працівники» – у 55 % досліджуваних респондентів. Щодо субвибірки серед жінок, то редукція професійних досягнень спостерігається у 50% досліджуваних, а серед чоловіків у 56% респондентів.

Редукція професійних досягнень у фахівців проявляється розчаруванням, відсутністю очікуваної справедливої винагороди за трудову діяльність, зниженні професійної мотивації, можливе зниження впевненості у професійній компетентності та ефективності особистих зусиль.

Найбільший відсоток СЕВ спостерігають у респондентів із медичним стажем від 10 років і більше, найвищий рівень деперсоналізації відзначають у респондентів, старших 50 років, які мають виробничий стаж більше 20 років.

Ідентифікація показників ступеню вираженості рівнів переживань професійного стресу використали діагностичну методику «Шкалу PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліона (Lemyr-Tessier-Fillion)», що призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу (Додаток В).

Аналіз результатів ідентифікації ступеню вираженості рівнів переживань професійного стресу на сукупній вибірці (n = 50) досліджуваних фахівців показав три рівні вираженості переживань професійного стресу: високий рівень, середній і низький.

Низький рівень вираженості переживань професійного стресу відсотковий розподіл відображений у 9 % респондентів. Середній рівень професійного стресу переживають 35 % досліджуваних медико-фармацевтичних працівників. По високому рівню вираженість переживань професійного стресу демонструють 69 % досліджуваних респондентів. Сукупна вибірка була диференційована на чотири субвибірки за двома критеріями: статі і напрямлення фаховості (медичний/фармацевтичний працівник). Порівняльний аналіз показників ступеню вираженості рівнів переживань професійного стресу (Табл. 3.4)

Таблиця. 3.4

Показники ідентифікації ступеню вираженості рівнів переживань професійного стресу

| Показники рівнів вираженості переживань професійного стресу | Медичні працівники n=17,5 | Фармацевтичні працівники n=32,5 | Чоловіки n=23 | Жінки n=27 |
|---|------------------------------|------------------------------------|------------------|---------------|
| | | | | |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| ППН більше 155 балів – високий рівень стресу. | 82% | 73% | 57% | 63% |
| ППН 154-100 балів – середній рівень стресу | 42% | 37% | 26% | 34% |
| ППН менше 100 балів – низький рівень стресу, | 8% | 6% | 16% | 5% |

В результаті, всі показники переживань стресу у медичних працівників (лікарі) вищі, в порівнянні з фармацевтичними та дорівнює середньому рівню стресу. Це зумовлено тим, що підвищений рівень відповідальності за свою роботу також спричиняє стрес та СЕВ серед медичних працівників (лікарі). Стрес відчувається як тиск і проявляється у вигляді захисної реакції організму та дає змогу адаптуватися до змін. Результати порівняльного аналізу показників рівня стресу жінок та чоловіків показав наступне: схильні до сильних стресових переживань 63% жінок та 57% чоловіків, проте до середнього рівня переживань стресу схильні 36% жінок та 24% чоловіків. Згідно даних опитування більшість чоловіків відчувають стрес через перевантаженість роботою. Жінки часто не можуть відпустити думки про роботу після робочого дня, через тривогу мають проблеми зі сном та важко контролюють емоції через втому. Найчастіше такі відповіді давали жінки, які займають керівні посади в медичній сфері.

Медичні і фармацевтичні працівники описували досвід вигорання через дві категорії: емоційні та поведінкові прояви. Емоційна категорія пов'язана з переживанням і відчуттям вигорання через характерні емоції, які виникали в контексті роботи. Були названі такі емоції: емоційний занепад на роботі, апатія та тривога, роздратування від роботи, відчуття втоми та внутрішньої спустошеності. «З відчуттів – це повна відсутність сили та енергії щось робити, фізичне й емоційне виснаження. Ніби спустошене поле всередині».

Поведінкові прояви, що респонденти пов'язували з вигоранням, були такими: частина лікарів/фармацевтів помічали, що допускаються грубої манери спілкування з пацієнтами та неуважність до деталей під час надання медичних/фармацевтичних послуг. Відчуття небажання взаємодіяти з колегами та дистанціюватись від них. До цієї категорії можливо віднести поведінкові прояви,

що мали наслідки для їхнього приватного життя. Це мало вияв у вигляді виปลеску негативу на членів сім'ї.

Опитані фахівці характеризують ставлення пацієнтів як знецінення лікарської та фармацевтичної професії. Особливо це стосується фармацевтичного контексту, оскільки ставлення у пересічних громадян як до продавців ЛЗ і відсутня повага до фармацевтичних фахівців, які надають фармацевтичну опіку та послугу. Також велику роль відіграє атмосфера у колективі, якщо колектив не доброзичливий і взаємодія з колегами має натягнуті стосунки, це відображається у негативному аспекті роботи медико-фармацевтичних фахівців. У такому колективі нормальною практикою є байдужість одне до одного, відстоювання лише власних інтересів. У опитаних фахівців є досвід, який пов'язаний з відчуттям недовіри в ухваленні професійних рішень, призначень для пацієнтів. Понад 40 % опитаних респондентів мають серед колег однодумців, з якими підтримують гарні стосунки на рівні дружби. 42 % респондентів зазначили, що мають конструктивні робочі стосунки майже з усіма колегами, в колективі є підтримка, добре налагоджена робоча комунікація. Для 18 % медико-фармацевтичних респондентів важливими є взаємоповага в колективі, можливість поділитися власними переживаннями, а також позаробочі зустрічі та проведення часу разом із колективом.

Для 10 % опитаних фахівців взаємодія з керівництвом та дії керівництва є позитивним аспектом роботи. У закладах, де працюють ці лікарі / фармацевти, керівництво цікавиться думкою колективу та дослухається до неї, турбується про розвиток працівників, підтримує комфортну атмосферу кожного в закладі, Опитані 5 % зазначають, що для них важливо, коли керівництво підштовхує працівників відвідувати різні тренінги та конференції, це складає професійну цінність для лікарів у розрізі без-перервного професійного розвитку та особистісного зростання (за словами до війни цей показник становив 58 %).

З відповідей 25 % респондентів, керівництво на даний момент часу не цікавиться думкою працівників, не інформує та не залучає до ухвалення рішень, не намагається створити дружні стосунки в колективі. Саме така ситуація в ЗОЗ підштовхує до мінімізації взаємодії з керівником. Спеціалісти дотримуються

позиції замовчування власних ідей та думок, вони обрали стратегію мінімізувати взаємодію з керівництвом, не повідомляти про свій психо-емоційний стан та проблеми, які потребують нагального вирішення.

Взаємодія з пацієнтами, з досвіду 79 % респондентів, є найважливішою та найціннішою частиною їхньої роботи. 80 % лікарів виділяють місію своєї роботи в допомозі людям, тож допомога пацієнтам дає змогу відчутти й побачити сприятливий у емоційному сенсі результат медичної роботи. Це дає медичним працівникам відчуття й розуміння значущості власної роботи. При цьому 43 % фармацевтичних фахівців не відчують, що на практиці реалізують місію своєї професії в допомозі населенню, повною мірою.

Негативний досвід взаємодії з пацієнтами також відомий 92 % респондентам: пацієнти дозволяють собі грубу манеру спілкування, ставлять під сумнів лікарські / фармацевтичні компетенції, виникають поодинокі конфліктні ситуації з пацієнтами – так описують медико-фармацевтичні фахівці труднощі в аспектах своєї роботи. Присутні випадки пацієнтів, які недослухаються до призначень і вступають у суперечку з медичними / фармацевтичними працівниками.

Роботодавці можуть підтримувати добробут співробітників, респонденти назвали найбільше популярними пропозиціями: гнучкий графік роботи (41 %), культуру на робочому місці, що поважає вільний час (34 %), п'ятиденний робочий тиждень (31 %). 95 % працівників, які мають доступ до гнучкого графіка роботи, заявили, що знайшли цю ефективну підтримку.

Тільки кожен п'ятий (21 %) працівник почувається здатним вести відкриту та продуктивну розмову з HR-менеджером про рішення проблеми СЕВ, при цьому лише 56 % заявили, що їхні відділи кадрів не заохочують розмови про вигорання.

Висновки до 3.1 підрозділу

1. В результаті практичного дослідження встановлено, що більшість медико-фармацевтичних фахівців мають високий рівень вигорання.

Медико-фармацевтичні фахівці є особливою категорією спеціалістів, що мають високий ризик набуття емоційного вигорання через специфіку своєї

професійної діяльності. Спілкування з хворими людьми, загострення почуття відповідальності, щоденний вплив стресових чинників – усе це призводить до виникнення СЕВ, який негативно впливає не лише на працездатність, але і на здоров'я фахівця загалом.

Основні гіпотези, які було висунуто підтверджені:

- Більше 50 % медичних і фармацевтичних фахівців мають уже сформований СЕВ або формування цього синдрому.
 - СЕВ більшою мірою виражений у співробітників, що мають регулярні перепрацювання.
 - Медичні та фармацевтичні працівники, які мають досвід роботи 8-10 років, порівняно з іншими групами, більше відчувають прояви професійного вигорання.
2. Відповідно до опитувальника В. В. Бойко, було встановлено, що у 38 % осіб виявлено емоційну виснаженість дуже високого рівня, у 42 % – високого, у 14 % – середнього та лише у 6% – низького.
 3. За результатами опитувальника МВІ авторів К. Маслач і С. Джексона, встановлено високий рівень емоційного виснаження відслідковується у 84 % медичних працівників (лікарів) та 64 % фармацевтичних працівників.
 4. Ідентифікація показників ступеню вираженості рівнів переживань професійного стресу за допомогою діагностичної методики «Шкала PSM-25», показала високий рівень, вираженість переживань професійного стресу демонструють 69 % досліджуваних респондентів.

3.2. Методи профілактики та подолання синдрому емоційного вигорання
Для запобігання розвитку СЕВ використовують різні підходи (Табл. 3.5).

Таблиця. 3.5

Методи запобігання СЕВ

| Підхід | Перелік методів реалізації |
|--------|----------------------------|
|--------|----------------------------|

| | |
|------------------------------------|--|
| <p>Орієнтований на особистість</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Удосконалення комунікативних навичок шляхом активних методів навчання (соціально-психологічний тренінг, ігри); – Вивчення ефективних стилів спілкування та вирішення конфліктів; – Тренінги, що стимулюють мотивацію до саморозвитку, особистісного та професійного зростання; <p>Методи саморегуляції (природні методи саморегуляції організму):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Формування позитивних емоцій (сміх, гумор; роздуми про приємне, красиве; розгляд фотографій з дорогими людьми, певних кольорів, приємні людині картинки); • Дотримання режиму сну, відпочинку та харчування; • Певна фізична активність; • Прислухатися до звуків природи; • Уявне «плавання» на сонці або воді; • Свіже повітря. |
| <p>Соціальні підходи</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Пошук нових інтересів, не пов'язаних з професійною діяльністю; – Прагнення і досягнення бажаного; – Читання фахової літератури й іншої; – Культурно-розважальні програми (кіно, театри, музеї, виставки); <p>Профілактичні та психотерапевтичні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Управління власним диханням; • Управління м'язовим тонусом і рухами; |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Самонавіювання; • Арт-терапія та інші. |
|--|---|

Методи профілактики «професійного вигорання»:

- Ізометричні вправи. Цей метод заснований на чергуванні напруги і розслаблення окремих груп м'язів у рівномірному ритмі.
- Аутогенні тренування. Аутогенні тренування являє собою найбільш відомий і розповсюджений у Європі метод зняття напруги. И. Г. Шульц виходив з того, що почуття глибокого розслаблення, що випробують люди, які знаходяться в стані гіпнозу, може бути досягнуто і за допомогою самонавіювання. На початковій стадії занять аутогенними тренуваннями людина заспокоює себе за допомогою само інструктажу.
- Медитація. Усі прийоми медитації покликані на визначений час обмежити свідомість і увагу людини яким-небудь єдиним джерелом роздратування. Це може бути мантра, тобто слово, що увесь час повторюється, це може бути музика чи концентрація уваги на власному подиху. Всі інші думки і роздратування як би виключаються. Така концентрована медитація дозволяє домогтися помітного розслаблення.
- Релаксаційні вправи. Більшість з людей звикло до щиросердечної і м'язової напруги, що сприймають його як природний стан, навіть не усвідомлюючи, наскільки це шкідливо. Варто чітко усвідомити, що освоївши релаксацію, можна навчитися цю напругу регулювати, припиняти і розслаблятися по власній волі, по своєму бажанню.
- Концентрація. Невміння зосередитися - фактор, який тісно зв'язаний зі стресом.
- Ауторегуляція подиху. У нормальних умовах про подих ніхто не думає і не згадує. Але коли за якимись причинами виникають відхилення від норми, раптом стає важко дихати. Подих стає утрудненим і важким при фізичній нарузі чи в стресовій ситуації. І навпаки, при сильному переляку, напруженому чеканні чогось люди мимоволі затримують

подих (затаюють подих). Людина має можливість, свідомо керуючи подихом використовувати його для заспокоєння, для зняття напруги – як м'язового, так і психічного, таким чином, ауторегуляція подиху може стати діючим засобом боротьби зі стресом, поряд з релаксацією і концентрацією.

В основі всіх стратегій із покращення психічного здоров'я на робочому місці – профілактики, захисту та зміцнення й підтримки – є сім комплексних факторів, які мають критично важливе значення для прогресу, а саме: лідерство, інвестиції, права, інтеграція, участь, доказова база й дотримання норм (Табл. 3.6).

Таблиця. 3.6

Комплексні заходи із покращення ментального психічного здоров'я на
робочому місці

| Лідерство | Інвестиції | Права |
|---|---|--|
| <p>Посилення прихильності до покращення психічного здоров'я на робочому місці</p> <ul style="list-style-type: none"> Розробити конкретну політику чи план щодо психічного здоров'я на робочому місці, спрямовані на його неухильне покращення та інтегровані в систему управління БЗР; Визначити ролі, обов'язки та відповідальність за розроблення та виконання політики та плану; | <p>Надання достатніх коштів і ресурсів для захисту, зміцнення й підтримки психічного здоров'я на робочому місці</p> <ul style="list-style-type: none"> Виділити фінансові та людські ресурси для реалізації політики й заходів щодо психічного здоров'я на робочому місці; Включити послуги з психічного здоров'я, у доречних | <p>Дотримання права людей на повну та ефективну участь на роботі</p> <ul style="list-style-type: none"> Розробити та запровадити політику з питань рівності й недискримінації на всьому циклі зайнятості, включно з процедурами реагування на образливу поведінку, несправедливе ставлення та зловживання; Зменшити негативне ставлення до психічних розладів за допомогою |

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ухвалити міри на покращення психічного здоров'я на роботі шляхом забезпечення участі вищого керівництва та, де доречно, зацікавлених сторін; • Чітко й регулярно повідомляти про свою прихильність до виконання політики та плану й про досягнутий прогрес. | <p>випадках, до соціального пакету для працівників, щоб працівники мали доступ до достатньої допомоги з охорони психічного здоров'я.</p> | <p>відповідного навчання та перевірених заходів проти стигматизації, а саме контактної стратегії</p> <ul style="list-style-type: none"> • Забезпечити конфіденційність і захист від покарань для заохочення добровільного інформування про психічні розлади і сприяння доступу до підтримки |
|--|--|--|

На сьогоднішній день враховуючи обставини в яких опинилися медико-фармацевтичні фахівці, керівник продумує які кроки можна зробити:

- доступ до ліній психологічної підтримки;
- семінари та практики з питань психічного здоров'я: тренінги з працівниками, робота в групах. Програми та групи підтримки, орієнтовані на особистісну нормалізацію самооцінки, впевненості, соціальної сміливості, емоційної стійкості, формування стресостійкості, оволодіння методами саморегуляції;
- зворотний зв'язок і анкетування для оцінки рівня стресу;
- регулярні зустрічі з колективом в офісі і поза ним.

Доцільним є створити на робочому місці програму профілактики синдрому емоційного вигорання. З метою створення умов для психологічного та емоційного «розвантаження» медико-фармацевтичних фахівців, а також навчити їх прийомам самозбереження та саморегуляції. Внаслідок отримати підвищення стресостійкості та розвиток навичок самозбереження. За можливості, створення звукоізолюваної сенсорної кімнати, яка призначена для психо-емоційного

розвантаження медико-фармацевтичного персоналу (м'які дивани та крісла (м'які меблі, наповнені гранулами), ароматизатори повітря, аудіо-візуальне обладнання та світло-динамічні прилади, тиха розслаблююча музика (звуки природи: краплі дощу, шум моря, спів птахів та інше, медитативна музика, дзвін), світло - м'яке, приглушене. Також можна додавати і інші методи для гармонізації психофізичного та психо-емоційного стану: імітаційні ігри, метод вибіркової позитивної ретроспекції, навчання стресо-стійкості, навички релаксації, гумор, навіювання, самонавіювання, психо-регулююче тренування, театро-терапія, книго-терапія, арт-терапія, музико-терапія, природо-терапія, лікування сном, гештальт-терапія, групи психо-драми та інше.

Значний профілактичний вплив є саморозвиток, професійне навчання, підвищення кваліфікації, де в процесі навчання, будучи в оточенні інших професіоналів, є можливість обговорювати з іншими професійні проблеми. Той факт, що працівник ділиться своїми переживаннями на роботі з колегами може давати певне полегшення. Елементарні умови психологічної підтримки можуть бути створені безпосередньо на робочому місці, особливо розуміння від колег. Особливо важливим є вчасно звертатися до працівників сфери психічного здоров'я, для того, щоб попередити «розгорання» СЕВ та виникнення супутніх проблем та ускладнень СЕВ.

Психологічне консультування – метод, який може бути застосований у першу чергу при СЕВ, так як перевагами його є короткочасність та епізодичність. В короткий епізод психолог-консультант допомагає клієнту дослідити свою особистість, зрозуміти свої міжособистісні питання, оцінити свої проблеми та знайти варіанти їх вирішення. В той час як, психо-терапевтичне втручання направлене на розв'язання більш глибоких проблем особистості. Основні завдання психологічного консультування:

- Виявлення проблеми, з якою стикається клієнт, за допомогою активного слухання – конкретне визначення проблеми клієнта. Консультант інформує клієнта про проблему, що виникла, та

повідомляє наскільки вона є серйозною, а також говорить про причини проблеми та пропонує варіанти вирішення її.

- Дослідження особистості клієнта. Вивчення того, наскільки клієнт розуміє свої проблеми і чи є готовність до їх вирішення. Чіткі рекомендації щодо варіантів вирішення проблеми. Тут враховуються індивідуальні особливості клієнта. Дані рекомендації повинні бути простими та зрозумілими клієнту, а також такими, щоб клієнт їх мав змогу реалізувати в реальному житті. На початку клієнт не завжди може приступити до виконання рекомендацій, через брак досвіду та через зневіру, тому консультант допомагає у вигляді практичних, покрокових порад.

Якщо клієнт з тих чи інших причин відмовляється виконувати надані психологом рекомендації, то консультант не несе відповідальність за результат, а відповідає лише за правильно надані рекомендації.

- Психо-профілактичне втручання, де психолог навчає, яким чином краще уникнути схожих проблем у майбутньому.
- Психо-освітня складова. Де надається інформація про базові знання та навички та їх правильне застосування, без допомоги психолога.

Алгоритм психологічного консультування з вигорання:

- 1) Обговорення скарг та визначення симптомів, які можуть бути ознакою СЕВ.
- 2) Залучення діагностичних методів задля підтвердження наявності СЕВ та визначення ступеню важкості.
- 3) Виявлення факторів, що можуть впливати на розвиток СЕВ у даного пацієнта.
- 4) Складання плану дій, який включав би способи подолання симптомів СЕВ.
- 5) Використання спеціальних технік психологічного втручання при СЕВ.

Психотерапія емоційного вигорання:

Психотерапевтичне лікування та фармакотерапія необхідні при некоригованому синдромі емоційного вигорання, коли виникають F43 (важка стресова реакція та дезадаптація), F48 (неврастенія) і F32 (депресивний епізод). Профілактичні та психотерапевтичні заходи щодо емоційного вигорання багато в чому схожі: те, що захищає від розвитку цього синдрому, може бути використано при лікуванні вже розвиненого емоційного вигорання. У лікуванні та профілактиці СЕВ використовують різні психо-терапевтичні втручання:

- раціональна психотерапія;
- аутогенне тренування;
- гіпнотерапія;
- групова психотерапія;
- когнітивно-поведінкова терапія;
- майндфулнес;
- особистісно орієнтовані методики, спрямовані на покращення здатності особистості справлятися зі стресом тощо.

Раціональна психотерапія – метод психотерапії, що базується на принципах логічного переконання пацієнта. Під час бесіди психотерапевт навчає пацієнта конструктивним способам мислення та поведінки. Відбувається переорієнтація негативних поглядів та переконань на позитивні, також формування більш кращих перспектив.

Аутогенне тренування – це метод само введення в особливий (аутогенний) стан, використання цього стану та самостійного виходу з нього. «Ауто» - сам, «генос» - народження. Самонавіювання може перебувати в стані розслаблення (нижчий ступінь) або гіпнотичного трансу (вищий ступінь). Найчастіше використовуються: аутогенне тренування Шульца і прогресивне розслаблення м'язів Джейкобсона.

Гіпнотерапія (гіпно-сугестивна психотерапія) – це метод психотерапії, який використовує гіпнотичний стан в терапевтичних цілях. Широке використання в лікувальних цілях навіювання в стані гіпнотичного сну.

Групова психотерапія – психотерапевтичний метод, який полягає в цілеспрямованому використанні сукупності відносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи психотерапевта (групова динаміка) в терапевтичних цілях для кожного члена групи. Одним з найбільш ефективних і поширених у Європі та США групових методів профілактики та лікування СЕВ є запозичені з Англії навчальні семінари, які були розроблені спеціально для медичних працівників, таких як групи Балінта. На відміну від традиційного клінічного аналізу чи консультації, група Балінта зосереджується не на клінічному аналізі ведення пацієнта, а на різних особливостях взаємин лікаря з пацієнтами, реакціях, труднощах, невдачах, які лікарі виносять до обговорення. Група з 8-12 осіб збирається кілька разів на місяць, (тривалість зустрічі 1,5-2 години) протягом кількох років. Провідні спеціалісти даних груп – психологи або психіатри (1-2 особи). Заняття проходять у недирективному стилі. Заняття в цій групі допомагають забезпечити певні зрушення в свідомості медичного працівника не тільки в професійній діяльності, а й у всіх аспектах його життя.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), чи моделювання поведінки, представляє собою синтез поведінкових методів з теорією переробки інформаційних впливів, є навчальною практикою, спрямованою на формування в пацієнтів нових патернів поведінкових реакцій. Де основним втручанням будуть: поведінкова активація, експозиція, поведінкові експерименти, техніки дистанціювання від думок, робота з цінностями та ін. На сьогоднішній момент закордонні дослідники найефективнішим способом боротьби з СЕВ вважають КПТ.

До психо-терапевтичних технік можна віднести:

- тренінг комунікативних навичок;
- тренінг впевненості у собі;
- навчання самоконтролю;
- зменшення помилкових очікувань.

Релігійність також розглядається рядом дослідників як профілактичний фактор, що запобігає розвитку СЕВ. Практики майндфулнес (якір дихання, сканування тіла, усвідомлений рух).

На жаль, у ряді випадків розвиток СЕВ заходить дуже далеко, спостерігається або продовжує зберігатися стійке негативне ставлення до роботи, пацієнтів, клієнтів, колег. Прояви особистісного уникнення досить стійкі до терапії. У таких ситуаціях можливо необхідною умовою є зміна місця роботи, можливо зміна виду діяльності, або робота, не пов'язана з людьми.

Фармакологічне лікування призначається згідно симптомів проявлення СЕВ, після консультації з лікарем психіатром:

- Антидепресанти – СІОЗС (пароксетин, циталопрам, флуоксетин), трициклічні антидепресанти (амітриптилін, кломіпрамін, докsepін та ін) За наявності депресії в структурі синдрому емоційного вигорання.
- Транквілізатори (анксиолітики) бензодіазепінової (гідазепам, діазепам, лоразепам, феназепам та ін.) та небензодіазепінової структури (гідроксизин, мепробамат, оксидин та ін.).
- Снодійні засоби (золпідем, зопіклон та ін.). Снодійні слід призначати лише у випадках, коли безсоння призводить до значного дистресу.
- Препарати нейро-метаболічної дії (пірацетам, вітаміни групи В, церебролізін, елеутерокок, когітум та ін.) [29].

В результаті можна дійти висновку, що першочерговою задачею – є надавати психічному здоров'ю такого самого значення, як і фізичному здоров'ю у стратегіях із безпеки і здоров'я на роботі. Спілкуватися з місцевими ЗОЗ, щоб забезпечити наявність відповідних послуг для медико-фармацевтичних фахівців. А також, обов'язково інтегрувати питання психічного здоров'я на робочому місці [3,6,15,24,33].

Висновки до 3.2 підрозділу

1. Необхідно популяризувати знання про СЕВ у медико-фармацевтичних фахівців та його ранні прояви з метою його подальшої корекції для

збереження здоров'я медико-фармацевтичних кадрів і продовження його професійного довголіття. Емоційне вигорання негативно впливає на самих фахівців, на їхню діяльність і самопочуття, і на оточуючих. Щоб лікар / фармацевт не став заручником хворобливого стану пацієнта / споживача, слід усвідомити, що суттєва роль у боротьбі з хворобою і відповідальність за життя і здоров'я належить насамперед самому пацієнту.

2. Робоче місце та психічне здоров'я тісно пов'язані між собою. Безпечне і здорове робоче середовище підтримує психічне здоров'я, в свою чергу добре психічне здоров'я дає фахівцям змогу працювати продуктивно. Організації роботодавців і працівників є ключовими партнерами для реалізації заходів із психічного здоров'я на всіх рівнях – від національного до рівня робочого місця медико-фармацевтичних фахівців.
3. Одним з найефективнішим способом боротьби з СЕВ вважають КПТ. Даний метод заключається в моделюванні поведінки, що представляє собою синтез поведінкових методів з теорією переробки інформаційних впливів, є навчальною практикою, спрямованою на формування в пацієнтів / клієнтів нових патернів поведінкових реакцій.

ВИСНОВКИ

1. Синдром емоційного вигорання або burnout-синдром включений до переліку захворювань МКХ, які відповідно до роз'яснення, «слід пов'язувати лише та виключно із професійною діяльністю. Цей розлад описують як «хронічний стрес на робочому місці, з яким працівник своєчасно не впорався».
2. Щоденна робота, без нормованих перерв і вихідних, із постійними фізичними, психологічними навантаженнями, ускладнена напруженими емоційними контактами, веде до життя у стані постійного стресу. Медико-фармацевтичні фахівці накопичують негативні моменти та ситуації, і як результат, це може призвести до серйозних фізичних захворювань. Медико-фармацевтичні кадри, які готові викладатися по 24 години на добу, віддають роботі весь свій внутрішній ресурс без залишку – перші кандидати на СЕВ, що призводить у результаті до негативного розвитку життєвих ситуацій.
3. Розпізнавання власного емоційного стану, включно з першими симптомами вигорання, як і розуміння важливості виявлення перших ознак вигорання, вважаються необхідними навичками фахівців, які залучені в наданні медичної / фармацевтичної допомоги та суспільно важливих послуг. Це пов'язано з тим, що емоційний стан фахівця може відобразитися на аспектах доступності та якості допомоги.
4. Професійна «деформація» медико-фармацевтичного фахівця розвивається поступово, починаючи з його професійної адаптації. Однією з перших ознак такої адаптації стає зниження емоційного сприймання і реагування на страждання та смерть іншої людини. Не менш важлива «деформація» фахівця виникає внаслідок соціальних причин, адже робота пов'язана з необхідністю дотримання численних норм, правил та інструкцій, що регламентують фахову діяльність.

5. Було сплановано та проведено прикладне дослідження загального рівня «емоційного вигорання» у медико-фармацевтичних фахівців, як представників особливої групи професій «людина-людина».
6. В ході дослідження виявлено такі особливості емоційного вигорання, як емоційна виснаженість, яка проявляється емоційною спустошеністю і втомою. Аналіз отриманих результатів показує, що 38 % респондентів мають хоча б одну сформовану повністю фазу емоційного вигорання, а 44 % фахівців мають хоча б одну фазу в процесі розвитку. Виявлено, що 52 % респондентів перебувають на рівні виснаження, у 47 % фаза резистенції формується або вже сформована. Високий рівень деперсоналізації виявлено в 23 % респондентів;
7. Аналіз результатів, отриманих за допомогою опитувальника МВІ, дозволив встановити наступне: За трьома шкалами методики досліджувана вибірка медичних та фармацевтичних працівників характеризується значним ступенем вигорання; Масштаб змін середнього рівня вигорання від початку трудової діяльності до стажу понад 10 років незначний; Показник ступеня професійного вигорання від початку трудової діяльності до стажу понад 10 років збільшується.
8. Ідентифікація показників ступеню вираженості рівнів переживань професійного стресу за діагностичною методикою «Шкала PSM-25 Лемура-Тесьє-Філіона (Lemyr-Tessier-Fillion)», що призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу. Отримано результат по високому рівню вираженості переживань професійного стресу демонструють 69 % досліджуваних респондентів.
9. Роботодавці можуть підтримувати добробут співробітників, респонденти назвали найбільш популярними пропозиціями гнучкий графік роботи (41 %), культуру на робочому місці, що поважає вільний час (34 %), п'ятиденний робочий тиждень (31 %). 95 % працівників, які мають доступ до гнучкого графіка роботи, заявили, що знайшли цю ефективну підтримку. Тільки кожен п'ятий (21 %) працівник почувається здатним

вести відкриту та продуктивну розмову з HR-менеджером про рішення проблеми вигоряння, при цьому лише 56 % заявили, що їхні відділи кадрів не заохочують розмови про вигоряння.

10. Фахівці, що вигоріли, в 2,6 рази частіше активно шукають іншу роботу. 59 % співробітників вважають своє психічне здоров'я ключовим фактором у пошуку нової посади. Велика кількість лікарів та фармацевтів назвали СЕВ одним із факторів, що сприяють їхньому бажанню кинути роботу або скоротити робочий час.

11. Умови воєнного стану спричинили суттєве зростання СЕВ серед фахівців медико-фармацевтичного сектору. Основними причинами є:

- високий рівень невизначеності пов'язаний зі сферою діяльності;
- необхідність швидкої переорієнтації у сфері своєї діяльності;
- невідповідність персоналу до роботи у змінених умовах.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Білоус М. В. Синдром «професійного вигорання» у фармацевтичних працівників / М. В. Білоус // Збірник матер. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячений 50-літтю створення кафедри організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. – Львів, 2014. – С. 14–16.
2. Величко А. Основні детермінанти емоційного вигорання особистості / А. Величко // Вісник Київського Ін-ту бізнесу та технологій. – 2012. – Вип. № 1 (17). – С. 89
3. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. – Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Галицька видавнича спілка, 2021. 416 с.
4. Гала Л. О. Дослідження сучасних аспектів діяльності фармацевтичних працівників / Л. О. Гала, А. І. Бровченко // Фармацевтичний журнал. - 2012. - № 2. - С. 14-19. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pharmazh_2012_2_4
5. Гончаренко, Н. В. (2017). Психічне здоров'я в структурі професійно важливих утворень майбутніх провізорів. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», (38). <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2017-38.%p>
6. Гусак Н., Чернобровкіна В., Чернобровкін В., Максименко А., Богданов С., Бойко О. (2017). Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резильєнтності навч.-метод. посіб. за заг. ред. Н. Гусак; Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія». Київ: НАУКМА, 92.
7. Дослідження синдрому емоційного і професійного вигорання у фармацевтичних працівників / В. О. Борищук, О. С. Соловйов, Т. М. Краснянська та ін. // Social pharmacy in health care. – 2015. – Vol. 1, №. 1. – С. 65–72
8. Дослідження вигорання серед українців від порталу роботи ggs.ua за травень 2017

9. Емоційне вигорання або синдром двадцять першого століття. . – Режим доступу: URL: <https://delta-med.com.ua/emotsijne-vygorannya-abo-syndrom-dvadtsyat-pershogo-stolittya>.
10. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с
11. Котвіцька А. А. Синдром професійного вигорання у працівників фармацевтичної галузі / А. А. Котвіцька, Н. О. Пузак, О. А. Пузак. – Харків : НФУ, 2015.
12. Лаврова М. Теоретичний аналіз сучасних поглядів на поняття «емоційне вигорання» / М. Лаврова // Вісник Одеського національного університету. Психологія. – 2014. – Т. 19. – Вип. 2. – С. 194–202
13. Лукашев С. В. Яндола К. О. Мотивація працівників фармацевтичної галузі / С.В. Лукашев К.О. Яндола // Управління розвитком. - 2015. - №2. - С. 19 – 25.
14. Маляр-Газда Н. М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодення / Н. М. Маляр-Газда // Науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики – сімейної медицини. – 2015. – № 3. – С. 15–18
15. Мірошниченко О.А. Профілактика синдрому «професійного вигорання» у працюючих в екстремальних умовах: Навчально-методичний посібник. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015. 156 с.
16. МПК (2007). Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації: – Режим доступу: https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
17. Неруш Т. Основні етапи вивчення феномену вигорання / Т. Неруш [Електронний ресурс].– Режим доступу:<https://phpp.sgu.ru/ru/articles/osnovnye-etapy-izucheniya-fenomena-vygoraniya>.

18. Полякова О. Категорія та структура професійних деформацій /О. Полякова //Національний психологічний журнал.-2014.-№ 1.- С. 57-64.
19. Ракицька А. Синдром емоційного вигорання як предмет соціально-психологічних досліджень [Електронний ресурс] / А. Ракицька.– Режим доступу : <http://elib.bsu.by/handle/123456789/97946>
20. Синдром професійного вигорання медичних спеціалістів: АСІНО в Україні підтримала випуск методичних рекомендацій [Електронний ресурс] // Аптека. – 2020. – 20 лип. – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/554658>
21. Сочнев В. Теоретичні основи вивчення феномену професійної деформації / В. Сочнев [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-osnovy-izucheniya-fenomenaprofessionalnoy-deformatsii>
22. Старовойт О. Невпевненість і емоційне вигорання особистості як бар'єри інноваційної діяльності / О. Старовойт // Вісник Інституту розвитку дитини. Серія: Філософія, педагогіка, психологія.-2014.-Вип.36.- С. 50–57.
23. «Стрес-код»: професійне вигорання та його попередження [Електронний ресурс] // Фармацевт-практик. – 2020. – 27 берез. – Режим доступу : <https://fp.com.ua/articles/profesijne-emotcijne-vygorannya/>
24. Третяк О.П. Сучасні персонал-технології у системі управління персоналом на підприємстві: навчальний посібник Львів : НЛТУ України, 2014. С. 389-397.
25. Barker A. Burned Out Pharmacists: Understanding the Job's Negative Health Effects [Електронний ресурс] / Barker A. // Pharmacy Times. October. – 2017. – Режим доступу : <http://www.pharmacytimes.com/contributor/alex-barkerpharmd/2017/10/burned-outpharmacists-understanding-the-jobs-negative-healtheffects>.

26. . Bragard I. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review / I. Bragard, G. Dupuis, R. Fleet // BMC Research Notes. – 2015. – Vol. 8. – P. 116
27. Burisch, M. (1994). Ein integrierendes Burnout-Modell. Das Burnout-Syndrom, 117–210. doi:10.1007/978-3-662-06456-6_4.
28. Deschamps F, Castanon J, Laraqui O, Manar N, Laraqui C, et al. (2018) Professional Risk Factors for Burnout among Medical Residents. J Community Med Health Educ 8:596. doi:10.4172/2161-0711.1000596.
29. Elin Lindsäter. Cognitive Behavioral Therapy for Stress-Related Disorders. Stockholm. 2020. 65 p
30. Kobyakova O.S., DeevI.A., Kulikov E.S. Emotional burnout in doctors and medical errors. Is there a connection? // Social aspects of public health. - 2016. - Vol. 47, No. 1. – P. 5.
31. Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior. 1981. No 2. P. 26-34
32. Polyakova, O. (2014). Category «Professional Deformation» in Psychology. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 146, 279 – 282. doi:10.1016/j.sbspro.2014.08.129.
33. Salanova M., Schaufeli W. B. Exposure to information technologies and its relation to burnout. Behaviour& Information Technology. 2000. No 19. P. 385-392
34. Salmela- Aro K., Kiuru N., Leskinen E., & Nurmi J. E. School burnout inventory (SBI) reliability and validity. European journal of psychological assessment. 2009. No 25(1). P. 48-57. Doi: [https:// doi.org/10.1027/1015-5759.25.1.48](https://doi.org/10.1027/1015-5759.25.1.48)
35. Smith M., Segal J., Robinson L. Burnout Prevention and Treatment. HelpGuide, 2020. URL: <https://www.helpguide.org/articles/stress/burnout-prevention-andrecovery.htm#:~:text=Even%20though%20it%20may%20be,10%2Dminute%20bursts%20of%20activity>

36. Virna, Z. (2016). Professional Deformations: Tendencies, Dynamics and Risks of Manifestation. *Annales Universitatis Mariae CurieSkłodowska, Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 28(2), 123. doi:10.17951/j.2015.28.2.123.
37. Williams, E. S., Rathert, C., & Buttigieg, S. C. (2019). The Personal and Professional Consequences of Physician Burnout: A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 107755871985678. doi:10.1177/1077558719856787.
38. World Health Organization. Burn-Out an “Occupational Phenomenon”: International Classification of Diseases. Geneva: World Health Organization (2021). Available online at:https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

ДОДАТКИ

МЕТОДИКИ

Методика діагностики емоційного вигорання В. Бойко.Інструкція.

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

1. Організаційні недоліки на роботі постійно примушують нервувати, переживати, напружуватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився(лася) у виборі професії або профілю діяльності.
4. Мене непокоїть те, що я став(ла) гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Теплоота взаємодії з партнерами залежить від мого настрою.
6. Від мене як від професіонала мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (2 – 3 години) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся якомога швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу надати партнеру те, чого вимагає професійний обов'язок.
10. Моя робота не дає виражатися моїм емоціям.
11. Я відверто втомився(лася) від людських проблем, із якими доводиться мати справу на роботі.
12. Буває, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить все менше задоволення.
15. Я б змінив(ла) місце роботи, якби була така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу належними чином надати партнерові професійну підтримку, допомогу.
17. Мені завжди вдається запобігти впливові поганого настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже засмучує, якщо щось негаразд у стосунках із діловими партнерами.
19. Я настільки втомлююсь на роботі, що дома намагаюсь спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втомленість або напруження, часто приділяю партнерові менше уваги, ніж належить.
21. Інколи звичайні ситуації спілкування на роботі викликають у мене роздратування.
22. Я спокійно приймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене триматися осторонь від людей.
24. Коли згадую деяких колег по роботі чи партнерів, у мене псується настрій.
25. Конфлікти чи розбіжність поглядів із колегами забирають багато сил і емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі здаються мені дуже складними.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось повинно статися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все, як належить, чи не скоротять мене тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюсь обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги.
30. На роботі під час спілкування я дотримуюсь принципу: «Не роби людям добра, не отримаєш лиха».
31. Я охоче вдома розповідаю про свою роботу.
32. Бувають дні, коли мій емоційний стан негативно впливає на результати роботи (менше виконую, знижується якість, трапляються конфлікти).
33. Інколи я відчуваю, що треба виявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.
34. Я дуже переживаю за свою роботу.
35. Партнерам по роботі віддаєш уваги та турботи більше, ніж отримуєш.

36. Коли думаю про роботу, мені стає не по собі: починає колоти в ділянці серця, підвищується тиск, з'являється головний біль.
37. У мене добрі стосунки з керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота йде на користь людям.
39. Останнім часом, мене переслідують невдачі в роботі.
40. Деякі сторони моєї роботи викликають глибоке розчарування.
41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж звичайно.
42. Я враховую особливості ділових партнерів гірше ніж раніше.
43. Стомленість від роботи призводить до того, що я прагну скоротити спілкування з друзями та знайомими.
44. Я зазвичай виявляю інтерес до особистості партнера, окрім того, що стосується справи.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, у гарному настрої.
46. Я інколи ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без натхнення, запалу, ентузіазму.
47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого.
48. Після спілкування з неприємними партнерами, у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття.
49. На роботі я маю постійні фізичні або психологічні перевантаження.
50. Успіхи в роботі наповнюють мене натхненням.
51. Ситуація на роботі, у якій я опинився (лася), здається безвихідною.
52. Я втратив(ла) спокій через роботу.
53. Упродовж останнього року була скарга (скарги) на мою роботу з боку партнера (партнерів).
54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що я не сприймаю близько до серця те, що відбувається з партнером.
55. Я часто приношу з роботи додому негативні емоції.
56. Я часто працюю понад силу.
57. Раніше я був(ла) більш чуйним(ною) і уважним(ною) до партнерів, ніж зараз.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не втрачай нерви, бережи здоров'я.
59. Інколи я йду на роботу з важким відчуттям: як усе набридло, нікого б не бачити і не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю трохи недобре.
61. Контингент партнерів, із якими я працюю, дуже важкий.
62. Інколи мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я втрачаю.
63. Якби мені поталанило з роботою, я був(ла) би(б) щасливішим(ою).
64. Я у відчай через те, що на роботі у мене серйозні проблеми.
65. Інколи я поведжуся зі своїми партнерами так, як не хотів(ла) би(б) щоб поводитися зі мною.
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на пільги, поблажливість, увагу.
67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил робити хатні справи.
68. Я постійно підганяю час: скоріше б робочий день закінчився.
69. Стан, прохання, потреби партнерів мене широко турбують.
70. Працюючи з людьми, я ніби ставлю екран, який захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, часто вживаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю в силу обставин.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервую через все, що пов'язано з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів(ла) би(б) бачити і чути.
78. Я схвалюю колег, які присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.
79. Моя втомленість на роботі мало впливає або зовсім не впливає на спілкування з домашніми та друзями.
80. Якщо випадає нагода, я приділяю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.

81. Мене часто підводять нерви у спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього, що відбувається на роботі, я втратив(ла) цікавість.
83. Робота з людьми спричинила поганий вплив на мене, як на професіонала, зробила злим(лою), нервовим(ою), без емоційним(ою).
84. Робота з людьми підриває моє здоров'я.

Ключ

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

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

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

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

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

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

Відповідно до ключа проводяться наступні підрахунки:

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

Опитувальник «Професійне (емоційне вигорання) МВІ»

Інструкція.

Дайте відповідь, будь ласка, 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

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 вмю 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.
10. 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.
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

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

Варіанти відповідей оцінюються так:

“Ніколи” – 0 балів;

“Дуже рідко” – 1 бал;

“Інколи” – 3 бали;

“Часто” – 4 бали;

“Дуже часто” – 5 балів;

“Кожний день” – 6 балів.

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).

“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

Інструкція

Пропонується ряд тверджень, що характеризують психічний стан. Оцініть, будь ласка, ваш стан за останній тиждень за допомогою 8-бальної шкали. Для цього на бланку опитувальника поруч з кожним твердженням обведіть число від 1 до 8, яке найбільш точно визначає ваші переживання.

Тут немає неправильних або помилкових відповідей. Відповідайте якомога щире. Для виконання тесту буде потрібно приблизно п'ять хвилин.

Цифри від 1 до 8 означають частоту переживань:

1 - «ніколи»; 2 - «вкрай рідко»; 3 - «дуже рідко»; 4 - «рідко»; 5 - «іноді»; 6 - «часто»; 7 - «дуже часто»; 8 - «постійно (щодня)».

| | | |
|----|--|-----------------|
| 1 | Стан напруженості і крайньої схвильованості (напруженості) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 2 | Відчуття клубка в горлі і / або сухості в роті | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 3 | Я перевантажений (а) роботою. Мені зовсім не вистачає часу | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4 | Я поспіхом проковтую їжу або забуваю поїсти | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 5 | Після роботи я не можу відключитися від думок про незавершені справи, проблеми, плани; я «застрягаю» на переживаннях робочих ситуацій і невирішених питань, обмірковую свої ідеї знову і знову | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 6 | Я відчуваю себе самотнім (ой) і незрозумілим (ой) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 7 | Я страждаю від фізичного нездужання; у мене запаморочення, головний біль, напруженість і дискомфорт в області шийного відділу, болі в спині, спазми в шлунку | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 8 | Я поглинений (а) похмурими думками, змучений (а) тривожними станами | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 9 | Мене раптово кидає то в жар, то в холод | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 10 | Я забуваю про зустрічі або справах, які повинен зробити або вирішити | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 11 | У мене часто псується настрій; я легко можу заплакати від образи або проявити агресію, лють | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 12 | Я відчуваю себе втомленим людиною | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 13 | У важких ситуаціях я міцно стискаю зуби (чи стискаю кулаки) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 14 | Я спокійний (на) і безтурботний (на) * | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

| | | |
|----|--|-----------------|
| 15 | Мені важко дихати і / або у мене раптово перехоплює подих | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 16 | Я маю проблеми з травленням і з кишечником (болі, кольки, розлади або запори) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 17 | Я схвилюваний (а), стурбований (а), збуджений (а) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 18 | Я легко лякаюся; шум або шерех змушують мене здригатися | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 19 | Мені необхідно більш ніж півгодини для того, щоб заснути | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 20 | Я збитий (а) з пантелику; мої думки сплутані; мені не вистачає зосередженості і я не можу сконцентрувати увагу | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 21 | У мене втомлений вигляд; мішки або круги під очима | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 22 | Я відчуваю тяжкість на своїх плечах | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 23 | Я стривожений (а), мені необхідно постійно рухатися; я не можу стояти або сидіти на одному місці | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 24 | Мені важко контролювати свої вчинки, емоції, настрій або жести | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 25 | Я відчуваю напруженість * | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

Обробка і інтерпретація результатів. Підраховується сума всіх відповідей - інтегральний показник психічної напруженості (ППН). Питання 14 оцінюється в зворотному порядку. Чим більше ППН, тим вище рівень психологічного стресу.

ППН більше 155 балів - високий рівень стресу, свідчить про стан дезадаптації і психічного дискомфорту, необхідності застосування широкого спектра засобів і методів для зниження нервово-психічної напруженості, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення і життя.

ППН в інтервалі 154-100 балів - середній рівень стресу.

Низький рівень стресу, ППН менше 100 балів, свідчить про стан психологічної адаптоване до робочих навантажень.

Перелік умовних позначень

БЗР – безпеки і здоров'я на роботі
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ВМП – виробни медичного призначення
ГПД – Глобальний план дій
ДСУ – Державна служба України
ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я
ЄС – Європейський Союз
КМУ – Кабінет міністрів України
КПТ – Когнітивно-поведінкова терапія
ЛЗ – Лікарський засіб
МКХ-11 – Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
МФФ – Міжнародна фармацевтична федерація
НПА – Нормативно-правовий акт
ООН – Організація Об'єднаних Націй
ПЗПСП – Психічного здоров'я та психо-соціальної підтримки
ППН – показник психічної напруженості
СЕВ – Синдром емоційного вигорання
СІЗЗС – Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
США – Сполучені Штати Америка
СФ – Спеціаліст фармації
ЦНС – центральна нервова система
АТС – Anatomic Therapeutic Chemical Classification System
КРІ – Key Performance Indicators – «Ключові Показники Ефективності»
МВІ – Maslach Burnout Inventory (шкала опитування)
NICE – National Institute for Health and Care Excellence
SMD – Support in Market Development