

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ЧОНГОВАЙ ЮЛІЯ МИКОЛАЇВНА

Допускається до захисту:
Т. в. о. завідувача кафедри
кризової та клінічної
психології,
к. психол. наук, доцент
_____ Катерина ВАСЮК

« ____ » _____ 2025 р.

**КОРЕКЦІЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ**

Спеціальність 053 Психологія
Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник
Н. Є. Афанасьєва
д. психол. н., професор
професор кафедри загальної
та соціальної психології

Оцінка: ____ / ____ / ____
(бали за шкалою ECTS/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця-2025

АНОТАЦІЯ

Чонговай Ю. М. Корекція професійного вигорання медичних працівників засобами арт-терапії. Магістерська робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 053 Психологія – Освітня програма «Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях». – Кафедра кризової та клінічної психології. – Вінниця, 2025.

Дослідження магістерської роботи присвячено вивченню особливостей професійного вигорання медичних працівників засобами арт-терапії. Актуальність дослідження зумовлена зростанням рівня психоемоційного виснаження серед медичних працівників, підвищеним навантаженням та необхідністю пошуку ефективних психологічних засобів профілактики й корекції цього феномена. Отримані результати також вказують на ефективність арт-терапевтичних технік як інструменту зниження проявів вигорання та покращення емоційного стану медичних працівників.

Мета роботи полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні особливостей професійного вигорання у медичних працівників.

У дослідженні застосовано такі методи: теоретичні: аналіз наукової фахової літератури, узагальнення, систематизація та інтерпретація теоретичних й емпіричних даних, з метою аналізу теоретичної бази досліджень феномена професійного вигорання; емпіричні: методика «Дослідження синдрому вигорання» (Дж. Грінберг); методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О. Калюк, О. Савченко); опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (К. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis); методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E.S. Becker); методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер); статистичні: t-критерій Стьюдента – з метою використання

способів перевірки надійності виявлених в дослідженні зв'язків між змінними, які виражаються в величинах і напрямках відмінностей між порівнюваними групами або величинами коефіцієнтів кореляції.

У ході дослідження встановлено, що високий рівень професійного вигорання пов'язаний зі зниженням позитивного ментального здоров'я, домінуванням неконструктивних копінг-стратегій та зміщенням локусу контролю у зовнішній напрям. Застосування арт-терапевтичних технік сприяло зниженню емоційного виснаження та підвищенню суб'єктивного благополуччя.

Важливо підкреслити, що дослідження має кореляційний характер, що дозволяє виявити статистично значущі взаємозв'язки між показниками вигорання та психоемоційними показниками, що піддаються корекції арт-терапевтичними засобами.

Ключові слова: професійне вигорання, медичні працівники, арт-терапія, емоційне виснаження, деперсоналізація, копінг-стратегії, суб'єктивне благополуччя.

Табл. 15. Рис. 9. Бібліограф.: 79 найм.

ANNOTATION

Chonhovai Yu. M. Correction of Professional Burnout among Healthcare Workers through Art Therapy. Master's Thesis submitted for the degree of Master in the specialty 053 Psychology – Educational Program “Rehabilitation Psychology in Emergency Situations.” – Department of Crisis and Clinical Psychology. – Vinnytsia, 2025.

The research of the master's thesis is devoted to studying the features of professional burnout among healthcare workers and the possibilities of its correction through art therapy. The relevance of the study is determined by the growing level of

psycho-emotional exhaustion among healthcare professionals, increased workload, and the need to identify effective psychological tools for preventing and reducing this phenomenon. The obtained results also indicate the effectiveness of art-therapy techniques as an instrument for reducing manifestations of burnout and improving the emotional well-being of healthcare workers.

The purpose of the study is to theoretically substantiate and empirically examine the features of professional burnout among healthcare workers.

The following methods were applied in the study: theoretical methods: analysis of scientific literature, generalization, systematization, and interpretation of theoretical and empirical data to explore the theoretical foundations of professional burnout research; empirical methods: the «Burnout Syndrome Assessment» (J. Greenberg); the «Cognitive Features of Subjective Well-being (KOSB-3)» (O. Kalyuk, O. Savchenko); the Multidimensional Health Locus of Control Scale (K. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis); the «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)» (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E. S. Becker); the Coping Inventory for Stressful Situations (C. Norman, D. Endler, D. James, M. Parker); statistical methods: Student's t-test, used to verify the reliability of identified relationships between variables expressed through the magnitude and direction of differences between comparison groups or correlation coefficients.

The study established that a high level of professional burnout is associated with decreased positive mental health, the predominance of non-constructive coping strategies, and a shift in health locus of control toward an external orientation. The use of art-therapy techniques contributed to reducing emotional exhaustion and increasing subjective well-being.

It is important to emphasize that the study has a correlational design, which makes it possible to identify statistically significant relationships between burnout indicators and psycho-emotional characteristics that can be corrected through art-therapy methods.

Keywords: professional burnout, healthcare workers, art therapy, emotional exhaustion, depersonalization, coping strategies, subjective well-being.

Tabl. 15. Fig. 9. Bibliography: 79 items.



ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	11
1.1 Аналіз поняття «професійне вигорання» в сучасних психологічних дослідженнях	11
1.2. Синдром професійного вигорання: фактори, стадії і симптоми ...	20
1.3. Особливості впливу арт-терапії на професійне вигорання у медичних працівників	28
Висновки до розділу 1	35
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	37
2.1. Організація та методи дослідження професійного вигорання	37
2.2. Особливості професійного вигорання медичних працівників	42
Висновки до розділу 2.....	54
РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	56
3.1. Теоретико-методологічні засади програми психопрофілактики та психокорекції професійного вигорання медиків.....	56
3.2. Оцінка ефективності програми психопрофілактики та психокорекції професійного вигорання медиків	64
Висновки до розділу 3.....	78
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	83
ДОДАТКИ	92

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На сьогодні проблема професійного вигорання медичних працівників є однією з найактуальніших у сучасній психології праці та охороні здоров'я. Постійний контакт із людським болем, високий рівень відповідальності, емоційне навантаження та дефіцит ресурсів призводять до хронічного стресу і виснаження. Це негативно впливає як на психічне й фізичне здоров'я медичних фахівців, так і на якість надання медичної допомоги пацієнтам. Одним із ефективних напрямів психокорекційної роботи є арт-терапія, яка сприяє емоційній розрядці, усвідомленню внутрішніх переживань і відновленню особистісних ресурсів. Її використання в системі психологічної підтримки медичних працівників дозволяє знизити рівень емоційного вигорання, підвищити рівень самоусвідомлення та професійної мотивації.

Професійне вигорання медичних працівників знайшло широке відображення у сучасних наукових дослідженнях як зарубіжних, так і вітчизняних учених. Вагомий внесок у розробку теоретичних засад цього явища зробили зарубіжні дослідники D. Dierendonck [59], W. Schaufeli [75], H. Sixma [59], C. Maslach [66], Perlman B. [71], Hartman E. [71], які досліджували причини, динаміку та прояви емоційного виснаження у представників медичних професій.

Українські дослідники Л. Карамушка, Т. Зайчикова [29], Т. Титаренко [48], та ін. аналізували особливості проявів вигорання у представників допомагаючих професій, зокрема педагогів, психологів і працівників соціальної сфери. Отримані ними результати є важливими й для розуміння процесів професійного вигорання серед медичних працівників, діяльність яких також пов'язана з високим рівнем емоційного напруження, відповідальністю за життя та здоров'я інших людей.

Об'єкт дослідження – професійне вигорання особистості.

Предмет дослідження – особливості корекції професійного вигорання медичних працівників засобами арт-терапії.

Гіпотеза дослідження ми припускаємо, що застосування арт-терапевтичних методів у роботі з медичними працівниками сприятиме зниженню рівня професійного вигорання, зокрема емоційного виснаження та деперсоналізації, а також підвищенню почуття особистісного ресурсу та професійної ефективності.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості професійного вигорання медичних працівників.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення професійного вигорання особистості.
2. Емпірично дослідити особливості професійного вигорання медичних працівників.
3. Розробити та обґрунтувати програму профілактики та корекції професійного вигорання медичних працівників засобами арт-терапії.

Методи дослідження:

теоретичні: аналіз наукової фахової літератури, узагальнення, систематизація та інтерпретація теоретичних й емпіричних даних, з метою аналізу теоретичної бази досліджень феномена професійного вигорання;

емпіричні: методика «Дослідження синдрому вигорання» (Дж. Грінберг); методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О. Калюк, О. Савченко); опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (K. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis); методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E.S. Becker); методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер);

статистичні: t-критерій Стьюдента – з метою використання способів перевірки надійності виявлених в дослідженні зв'язків між змінними, які виражаються в величинах і напрямках відмінностей між порівнюваними групами або величинами коефіцієнтів кореляції.

Наукова новизна дослідження:

вперше обґрунтовано психологічні механізми впливу арт-терапії на зниження рівня емоційного виснаження, деперсоналізації та підвищення професійної мотивації;

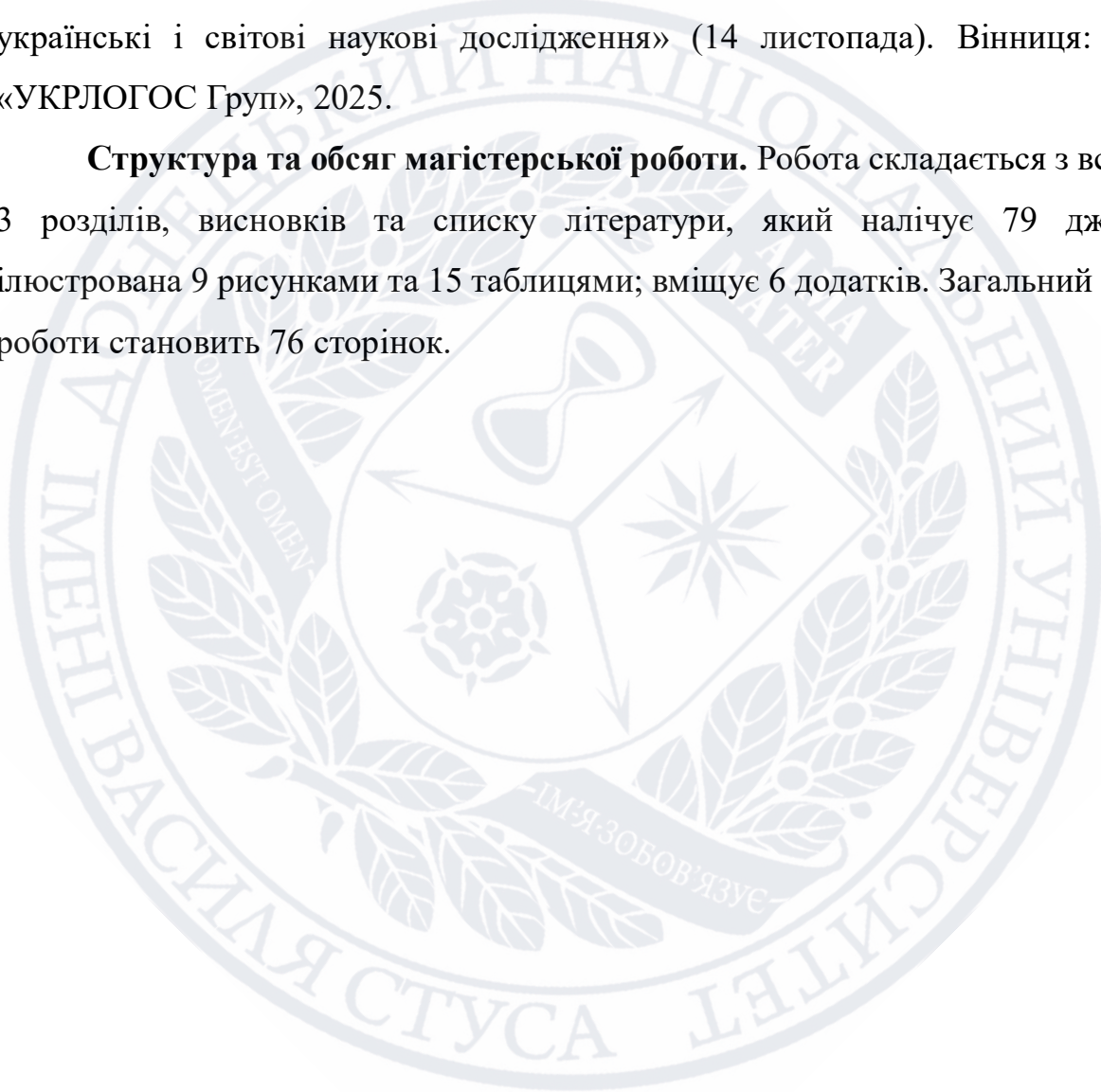
здобуло подальший розвиток уявлення про психокорекційні технології, спрямовані на профілактику та корекцію професійного вигорання у медичних працівників;

набуло подальшого дослідження особливостей дій різних арт-терапевтичних технік (малювання, колаж, ліплення, музикотерапія) у відновленні емоційного балансу медичних фахівців.

Практичне значення отриманих результатів полягає у визначенні ключових напрямів психологічної допомоги медичним працівникам та у розробці ефективної системи психопрофілактичних і психокорекційних заходів, спрямованих на подолання та запобігання професійному вигоранню. Запропонована програма може слугувати основою для організації тренінгів, консультування, груп підтримки та індивідуальної психокорекційної роботи у закладах охорони здоров'я. Матеріали дослідження можуть бути використані практичними психологами, психотерапевтами та фахівцями з охорони праці в процесі формування стресостійкості й емоційної стабільності персоналу. Крім того, результати можуть стати підґрунтям для розробки освітніх курсів і програм підвищення кваліфікації для медичних працівників, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, ефективного копінгу. Апробація результатів дослідження.

Результати дослідження опубліковано в збірнику V Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності» (13-14 листопада). Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2025; в збірнику IX Міжнародної студентської наукової конференції «Модернізація та сучасні українські і світові наукові дослідження» (14 листопада). Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2025.

Структура та обсяг магістерської роботи. Робота складається з вступу, 3 розділів, висновків та списку літератури, який налічує 79 джерел; ілюстрована 9 рисунками та 15 таблицями; вміщує 6 додатків. Загальний обсяг роботи становить 76 сторінок.



РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1 Аналіз поняття «професійного вигорання» в сучасних психологічних дослідженнях

Вплив професійної діяльності на особистість у процесі її становлення є одним із центральних питань сучасної психологічної науки. Дослідження особливостей взаємозв'язку між професійною діяльністю та особистісним розвитком набуває особливої актуальності у зв'язку зі зростанням психоемоційного навантаження, інтенсифікацією праці та постійними вимогами до професійної самореалізації. Незважаючи на значну кількість праць, ця проблематика залишається недостатньо розкритою, зокрема щодо механізмів формування професійного вигорання як наслідку тривалої професійної напруги.

Поняття професійного розвитку посідає важливе місце у вивченні процесів особистісного та індивідуального становлення працівника, його самореалізації, формування професійної ідентичності та адаптації в умовах професійного середовища. Воно є міждисциплінарним феноменом, що об'єднує підходи психології, педагогіки, соціології, акмеології та філософії, створюючи теоретичне підґрунтя для розуміння факторів, які сприяють або, навпаки, перешкоджають гармонійному професійному зростанню.

Проблема професійного вигорання вже тривалий час перебуває у фокусі уваги як зарубіжних, так і вітчизняних дослідників. Зокрема, серед іноземних учених значний внесок у дослідження цього явища зробили С. Maslach, S. Jackson [67], П. Руперт [74], В. Суран [76], Н. Freudenberger [61] та ін., які визначили основні симптоми, фази та чинники розвитку вигорання. Серед українських науковців цю проблему вивчали Г. Гнускіна [11], Т. Зайчикова [20],

Л. Карамушка [26], С. Максименко [36] та ін., які розглядали професійне вигорання як соціально-психологічне явище, що впливає на ефективність діяльності, емоційний стан і міжособистісні взаємини фахівців.

Професійна деформація особистості, тісно пов'язана з феноменом вигорання, розглядається як негативний вплив професії на психологічні характеристики людини, що утруднює її міжособистісну взаємодію, впливає на поведінку у повсякденному житті та знижує ефективність професійної діяльності. Зміни, викликані впливом професії, проявляються на емоційному, когнітивному та фізичному рівнях і набувають стійкого характеру, формуючи певні професійно зумовлені особистісні риси.

Ж. Вірна стверджує, що особистість професіонала виступає центральною ланкою процесу професійного самовизначення, оскільки саме вона визначає характер, напрям і якість професійного розвитку. Усвідомлення себе як суб'єкта професійної діяльності передбачає не лише здатність виконувати поставлені завдання, а й уміння самостійно організовувати свою діяльність, приймати відповідальні рішення, виявляти ініціативу та рефлексувати власні дії. Фахівець, який сприймає себе активним учасником професійного середовища, здатен не тільки реалізовувати отримані знання й навички, а й розширювати власні можливості, відкриваючи нові шляхи професійного становлення [79].

Професійне вигорання, як правило, пов'язане з низкою криз професійного розвитку, серед яких можна виокремити кризи професійних експектацій, професійного зростання, кар'єри та соціально-професійної самоактуалізації.

Криза професійних експектацій виникає через невідповідність між очікуваннями молодого фахівця та реальною професійною дійсністю. Вона супроводжується почуттям розчарування, зниженням мотивації,

незадоволеністю змістом роботи, умовами праці чи рівнем оплати, що стає джерелом професійного стресу.

Криза професійного зростання зазвичай настає через 3–5 років після початку трудової діяльності, на етапі завершення первинної професіоналізації. Вона зумовлена відчуттям застою у професійному розвитку, незадоволеністю потреб у самоствердженні та реалізації потенціалу. За відсутності можливостей для кар'єрного або особистісного розвитку формується психоемоційне виснаження, підвищується напруженість і виникає прагнення змінити місце роботи чи професію.

Криза професійної кар'єри характерна для фахівців зі сформованою соціально-професійною позицією, стабільною самооцінкою та системою професійних цінностей. Вона пов'язана з незадоволеністю власним статусом, рівнем досягнень або кар'єрними перспективами. Суперечність між бажаним і реальним становищем призводить до переосмислення «Я-концепції» та перегляду професійних орієнтирів, що також може виступати передумовою розвитку професійного вигорання.

Отже, професійне вигорання слід розглядати як комплексний багатофакторний процес, що формується під впливом як зовнішніх (організаційних, соціальних), так і внутрішніх (емоційних, мотиваційних, особистісних) чинників. Його аналіз у сучасних психологічних дослідженнях дозволяє глибше зрозуміти механізми впливу професійної діяльності на особистість та визначити ефективні напрями профілактики і корекції цього явища.

Професійне вигорання, вперше введене як поняття в 1974 році американським психіатром Г. Фрейденбергером, є багатовимірним синдромом, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдається успішно впоратися. Хоча спочатку вигорання визначалося як хронічна втома, депресія і розчарування, розуміння вигорання з тих пір еволюціонувало.

Сучасні визначення вигорання охоплюють його емоційний, психічний і фізичний виміри, а також його чіткий вплив на робоче життя і загальне благополуччя людини. Незважаючи на велику кількість досліджень, що охоплюють десятиліття, і численні теоретичні моделі, залишається певна невизначеність щодо єдиного, загальноприйнятого визначення професійного вигорання [61].

І. Галецька трактує професійне вигорання як динамічний, поетапний процес, що поступово розгортається у часі та охоплює різні сфери психічного функціонування фахівця. На початковій стадії домінує повільне, але невпинне наростання емоційного виснаження, яке супроводжується відчуттям перевтоми, емоційної спустошеності та зниженням рівня енергетичного тону. Унаслідок хронічного напруження та постійного контакту зі стресогенними чинниками формується негативне ставлення до професійного середовища та людей, з якими спеціаліст взаємодіє у процесі роботи [10].

Ці негативні установки слугують передумовою виникнення емоційної дистанції, що розглядається як захисний механізм, спрямований на збереження внутрішніх ресурсів. Фахівець починає обмежувати емоційне залучення, проявляє байдужість або формальність у спілкуванні, що поступово підриває ефективність професійної взаємодії.

Паралельно з цими змінами відбувається поглиблення критичного ставлення до власних професійних результатів. Спеціаліст схильний знецінювати власні досягнення, відчувати незадоволеність своєю діяльністю та переконання у власній неефективності. Таке переживання недостатності стає підґрунтям для подальшого зниження мотивації та професійної продуктивності, що, у свою чергу, сприяє прогресуванню вигорання як комплексного психоемоційного феномена.

Широко визнана трикомпонентна модель професійного вигорання була запропонована психологами С. Maslach, S. Jackson у 1981 році, яка включає

емоційне виснаження, деперсоналізацію і зниження професійних досягнень. Емоційне виснаження – це відчуття емоційного перенапруження та виснаження емоційних ресурсів. Деперсоналізація – це безособове, відсторонене або цинічне ставлення до роботи та людей, пов'язаних з нею, включаючи клієнтів і колег. Нарешті, зниження професійних досягнень характеризується відчуттям некомпетентності та браком досягнень на роботі [67].

Основний рушійний фактор вигорання – суперечності між ступенем занурення в роботу й віддачею від неї. С. Maslach та його колеги виділяють шість сфер невідповідності [67]:

1. Невідповідність між вимогами, що висуваються до працівника, та його ресурсами. Основною причиною є високі вимоги до працівника та до його можливостей. Виникнення емоційного вигорання призводить до погіршення якості роботи й розриву взаємин з колегами.

2. Невідповідність між бажанням мати більшу самостійність у своїй професійній діяльності та жорсткою політикою керівництва щодо організації робочої активності та контролю за нею. Наслідком чого у працівника виникає відчуття непотрібності, спустошеності та втрачається відповідальність за результати професійної діяльності.

3. Невідповідність між роботою та особистістю. Причиною виникнення емоційного вигорання є відсутність винагороди, що сприймається працівником як невизнання результатів його праці.

4. Невідповідність між особистістю та професійною діяльністю через втрату почуття позитивної взаємодії з колегами. Це види діяльності, в яких працівники ізольовані один від одного, мають формальні соціальні контакти в колективі, де існують постійні невирішені конфлікти. Це породжує фрустрацію, зменшує можливість отримання соціальної підтримки.

5. Невідповідність між особистістю та роботою, що виникає в результаті відсутності уявлень про справедливість на роботі або справедливість як таку.

6. Невідповідність між етичними принципами особистості та вимогами професійної діяльності. Виникає, коли працівника зобов'язують оперувати фактами, що не відповідають дійсності, вводити когось в оману тощо.

У своїх дослідженнях W. Schaufeli [76] та H. Sixma [60] розглядають професійне вигорання як багатовимірний психологічний феномен, у центрі якого перебувають два провідні компоненти – емоційне виснаження та деперсоналізація. Науковці підкреслюють, що ці компоненти не лише відображають різні аспекти психічного стану фахівця, а й перебувають у тісному взаємозв'язку, посилюючи один одного в умовах тривалого професійного стресу [59].

Емоційне виснаження, за трактуванням дослідників, проявляється у стійкому відчутті втоми, яке не минає навіть після відпочинку. Людина починає гостро відчувати нестачу фізичних і психологічних ресурсів, що призводить до зниження працездатності, труднощів у зосередженні та загального відчуття емоційної спустошеності. У цьому стані часто з'являються соматичні скарги – головний біль, порушення сну, серцеві чи м'язові напруження – які є реакцією організму на накопичений стрес.

Другий ключовий компонент – деперсоналізація – описується як захисна, але дезадаптивна реакція, що проявляється у відчуженні від професійних обов'язків та людей, з якими доводиться взаємодіяти. Працівник поступово втрачає емоційне залучення у професійну діяльність, стає байдужим або цинічним щодо колег, клієнтів чи пацієнтів. Іноді відчуження поширюється і на власну особистість, що супроводжується зниженням емпатії, ослабленням професійної мотивації та відчуттям внутрішньої віддаленості від того, що раніше сприймалося як значуще та цінне.

Таким чином, концепція W. Schaufeli [76] та H. Sixma [60] дозволяє глибше зрозуміти внутрішню структуру професійного вигорання та підкреслює, що його розвиток є результатом поступового виснаження

емоційних ресурсів у поєднанні з формуванням відчуження у професійних взаєминах.

Проаналізувавши ключові теоретичні підходи до інтерпретації феномену професійного вигорання, варто зазначити, що в сучасній психологічній науці дедалі більше уваги приділяється комплексному розумінню цього явища. Науковці підкреслюють, що професійне вигорання не може розглядатися виключно як статичний стан чи окреме порушення емоційної сфери. Навпаки, його трактують як багатовимірний феномен, що охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти професійної діяльності.

У літературі умовно виокремлюють два основні підходи до пояснення механізмів виникнення та розвитку вигорання: факторні та процесуальні моделі. Факторні моделі зосереджуються на структурі феномену, підкреслюючи взаємодію його провідних компонентів, серед яких найчастіше називають емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень. Дослідники, що працюють у межах даного підходу, прагнуть визначити перелік причинних чинників, які підвищують ризик розвитку вигорання, зокрема організаційні умови, інтенсивність професійної діяльності чи індивідуально-психологічні особливості працівника.

Натомість процесуальні моделі трактують професійне вигорання як поступовий, динамічний процес, що розгортається у часі та проходить низку взаємопов'язаних стадій. У межах цих підходів акцент робиться не лише на результаті, а й на логіці та послідовності внутрішніх змін, які відбуваються з особистістю під впливом хронічного професійного стресу. Розвиток вигорання зазвичай починається з фази підвищеної залученості, ентузіазму та високої мотивації, коли фахівець прагне максимально реалізувати свій потенціал.

Однак у разі тривалої дії стресогенних чинників цей початковий підйом поступово переходить у фазу виснаження, що супроводжується емоційною втомою, втратою енергії та відчуттям внутрішньої спустошеності. Далі

формується цинічне або дистанційоване ставлення до професійних обов'язків і людей, з якими здійснюється взаємодія, що є захисною реакцією на перенавантаження. Завершальним компонентом процесуального розвитку вигорання стає зниження суб'єктивної професійної ефективності, коли фахівець починає сумніватися у власних можливостях, знецінює результати своєї діяльності й відчуває професійну неспроможність.

Такий підхід дозволяє краще зрозуміти внутрішні механізми формування вигорання, виділити критичні точки розвитку та визначити оптимальні шляхи для своєчасної профілактики або корекції. Узагальнена характеристика найпоширеніших факторних і процесуальних моделей професійного вигорання подана у табл. 1.1 та 1.2 нижче, що дає змогу систематизувати наукові підходи та підкреслити їхні ключові відмінності.

Таблиця 1.1 – Факторні та процесуальні моделі вигорання

Тип моделі	Автори	Ключові характеристики
Однокомпонентна модель	A. Pines, E. Aronson	Виснаження як центральний компонент вигорання.
Двокомпонентна модель	D. Dierendonck, H. Sixma, W. Schaufeli, R. Gleen	Емоційне виснаження та деперсоналізація.
Трикомпонентна модель	C. Maslach, S. Jackson	Емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція професійних досягнень.
Чотирикомпонентна модель	E. Iwanicki, R. Schwab, G. Firth, A. Mims	Класичні три компоненти плюс додатковий інтегрований фактор.

У табл. 1.1 представлено основні факторні моделі професійного вигорання, що описують структуру цього синдрому через виокремлення його ключових складових. Кожна з моделей акцентує увагу на певних психологічних компонентах, які формують цілісну картину вигорання та дозволяють

зрозуміти, які саме внутрішні та зовнішні чинники впливають на розвиток цього стану. Завдяки такому підходу дослідник отримує можливість більш деталізовано простежити, з яких елементів складається феномен професійного вигорання, та виявити ті компоненти, що відіграють визначальну роль у його формуванні.

Таблиця 1.2 – Процесуальні моделі професійного вигорання

Автори	Характеристика моделі
R. Golembiewski, R. Munzenrider	Три рівні та вісім фаз, побудованих на основі MBI.
J. Greenberg	П'ятиступенева модель прогресії вигорання.
B. Perlman, E. Hartman	Три класи реакцій на організаційні стреси.
Українські та міжнародні авторські підходи	Поступове виснаження, формування негативних установок та зниження задоволеності професійними результатами.

У табл. 1.2 представлено процесуальні моделі професійного вигорання, які трактують цей синдром як динамічний і поетапний процес. Кожна з поданих моделей по-своєму описує логіку розвитку вигорання, наголошуючи на послідовних змінах, що виникають унаслідок тривалого впливу професійних стресорів. Так, модель Р. Голембевскі та Р. Мюнценрайдера пропонує три рівні та вісім фаз розвитку вигорання, заснованих на показниках шкал MBI, що дозволяє детально простежити прогресування симптомів. П'ятиступенева модель Дж. Грінберга описує поступове загострення стресового стану – від початкової напруги до повного виснаження. Концепція В. Perlman та Е. Hartman виокремлює три класи реакцій на організаційні стреси, що відображають різні варіанти адаптації або дезадаптації працівника. Окрему групу становлять сучасні українські та міжнародні підходи, у яких вигорання розглядається як процес накопичення втоми, формування негативних

професійних установок і поступового зниження задоволеності власною діяльністю [72].

Процесуальні моделі, подані в таблиці, дозволяють усебічно зрозуміти, як професійне вигорання формується та набуває завершених рис. Вони підкреслюють, що синдром не виникає раптово, а розгортається у вигляді послідовності фаз, кожна з яких поглиблює попередню. Такий підхід дає можливість своєчасно відстежувати ранні ознаки вигорання та розробляти профілактичні заходи, спрямовані на запобігання його подальшому розвитку.

Проаналізувавши основні моделі вигорання, можна зробити висновок, що сучасні наукові підходи розглядають цей феномен як багатовимірний і динамічний процес, у якому поєднуються взаємопов'язані емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Факторні моделі дозволяють окреслити структурні елементи вигорання та визначити їхній взаємозв'язок, тоді як процесуальні моделі акцентують увагу на поетапності та закономірностях його розвитку. У сукупності це дає можливість глибше зрозуміти природу професійного вигорання та визначити ключові точки для його діагностики й подальшої профілактики або корекції.

1.2 Поняття синдрому професійного вигорання: причини, стадії і симптоми

Професійне вигорання – це деструктивний процес втрати професійної ефективності, зниження комунікативних якостей та розвитку нервово-психічної дезадаптації аж до незворотних змін особистості. Причиною професійного вигорання є як незадовільні умови роботи, так і індивідуальні особливості особистості працівника. Найважчою є робота, яка передбачає емоційний контакт із людьми як обов'язкову складову виробничого процесу, наприклад професія вчителя, менеджера, лікаря, слідчого тощо.

Професійне вигорання не обмежується окремими проявами втомі чи емоційного виснаження, а формується як стійкий синдром, що охоплює емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості. У психологічній літературі виокремлюють низку чинників, які сприяють розвитку цього феномену, зокрема індивідуально-особистісні особливості фахівця, специфіку організаційного середовища та умови професійної діяльності.

Можна виділити дві основні теоретичні структури синдрому вигорання: перша представляє вигорання як синдром, що складається з кількох симптомів різного ступеня виразності; друга представляє вигорання як процес, а індивіда – що знаходиться на одній з його стадій.

Т. Титаренко потенційними передумовами виникнення професійного вигорання вважає особистісні, статусно-рольові та корпоративні (професійно-організаційні) чинники. Дослідниця стверджує, що найбільше впливу вигорання піддаються люди, котрі надмірно працюють та відчують свою відповідальність за роботу надто сильно. Також до категорії уразливих відносяться люди, що реагують на стреси агресивно, надміру емоційно та є нетерплячими до будь-яких труднощів на їхньому шляху [48].

О. Кононенко поділяє причини професійного вигорання на суб'єктивні та об'єктивні [31]:

– суб'єктивний (індивідуальний): залежить від особливостей особистості, віку, системи життєвих цінностей, переконань, методів і механізмів особистого психологічного захисту, особистого ставлення до виконуваної діяльності, стосунків з колегами по роботі, сім'єю. Це і високий рівень очікування результату професійної діяльності людини, і висока прихильність моральним принципам, і проблема відмови від прохань, і «ні», і схильність до самопожертви. Професійне вигорання зазвичай стосується кращих співробітників, які найбільш відповідально ставляться до своєї роботи;

– об'єктивні (ситуативні), безпосередньо пов'язані зі службовими обов'язками, наприклад: підвищене професійне навантаження, недостатнє розуміння трудових обов'язків, недостатня соціально-психологічна підтримка тощо.

С. Зерніс також розглядає три стадії розвитку професійного вигорання, яке аналізується як процес негативної зміни професійної поведінки у відповідь на стресовий характер робочого середовища. Перша стадія характеризується наявністю дисбалансу між вимогами середовища та ресурсами, що зумовлюють виникнення стресового стану. Для другої стадії притаманна короткотермінова емоційна напруга, втома та виснаження. Третя стадія проявляється в змінах мотиваційної сфери професіонала та його поведінки, де провідним симптомом є цинічне ставлення до клієнта.

В. Perlman та Е. Hartman здійснивши ґрунтовний аналіз численних наукових підходів до визначення феномену професійного вигорання, дійшли висновку, що незважаючи на різноманіття трактувань, у більшості концепцій виділяється низка спільних характеристик. Дослідники узагальнили наявні підходи й виокремили ключові ознаки, які формують структуру цього явища. Передусім вони підкреслюють емоційну та фізичну втому, що проявляється у хронічному відчутті виснаженості, зменшенні енергетичних ресурсів і зниженні здатності ефективно виконувати професійні обов'язки [72].

Другою суттєвою ознакою є деперсоналізація, яка проявляється у відчуженому або формалізованому ставленні до клієнтів, пацієнтів чи колег, а також у зниженні інтересу до результатів власної діяльності. На думку авторів, деперсоналізація безпосередньо пов'язана зі зниженням професійної ефективності, що з часом може призводити до втрати мотивації та відчуття незадоволеності власною роботою. Саме сукупність цих характеристик, за В. Perlman та Е. Hartman дає змогу розглядати професійне вигорання як

комплексний процес поступового виснаження, який охоплює як емоційно-поведінкові, так і когнітивні аспекти діяльності фахівця [72].

Згодом, Е. Maher завдяки своїм дослідженням розширює перелік симптомів феномену «професійного вигорання»: виснаженість, втома; психосоматична хвороба; неспання; відраза до клієнтів; відраза до своєї роботи; недостатність виробничих дій; зловживання шкідливими продуктами (кава, тютюн, алкоголь, наркотики, різні ліки); переїдання чи відсутність апетиту; негативна Я-Концепція; різні агресивні почуття (дратівливість, тривожність, напруженість, занепокоєння, схвилюваність, гнів); негативний настрій й пов'язані з ним негативні емоції: цинізму, песимізму, почуття безнадійності, апатії, депресії; переживання почуття вини [66].

Х. Кюйнарпуу у своїх дослідженнях звертає особливу увагу на структуру проявів професійного вигорання та виділяє серед них три ключові симптоми, які він визначає як «руйнівні». На думку дослідника, саме вони становлять ядро синдрому й фактично запускають подальші негативні зміни у професійній та особистісній сфері працівника. Усі інші прояви вигорання Кюйнарпуу розглядає як вторинні, тобто як наслідки тих базових симптомів, що поступово призводять до загального погіршення емоційного стану, вичерпання мотиваційних ресурсів та зниження якості виконання професійних обов'язків.

У свою чергу К. Kondo пропонує дещо інше, більш соціально-психологічно орієнтоване трактування феномену «burnout». На його думку, вигорання слід розглядати насамперед як стан дезадаптації до професійного середовища, що формується в умовах тривалого перевантаження, підвищеної відповідальності та постійної напруженості. Дослідник підкреслює, що в основі цього процесу лежить не лише виснаження внутрішніх ресурсів, а й порушення гармонії у системі міжособистісних стосунків на робочому місці [65].

Серед ключових соціально-психологічних чинників виникнення вигорання К. Kondo виділяє недостатній рівень емоційної та професійної підтримки з боку колег, хронічні або гострі конфлікти, дисфункційні комунікативні процеси, професійну конкуренцію, а також неефективний або авторитарний стиль керівництва. Усе це знижує відчуття безпеки та приналежності до колективу, підсилюючи переживання тривоги, напруги та невпевненості у власній діяльності [65].

За концепцією К. Kondo, вирішальне значення має невідповідність між вимогами професійного середовища та особистісними й ресурсними можливостями працівника. Коли обсяг завдань, темп роботи або психологічний тиск перевищують індивідуальні ресурси, а міжособистісні стосунки не забезпечують адекватної підтримки, розпочинається процес поступової дезадаптації. Саме ця комбінація надмірних вимог та несприятливого соціального контексту, за К. Kondo, і становить підґрунтя формування синдрому професійного вигорання [65].

Е. Maher окреслює широкий спектр симптомів професійного вигорання, які охоплюють як фізичні, так і емоційно-поведінкові прояви. Серед основних ознак дослідник називає стійку втому та порушення сну, негативне ставлення до клієнтів і зниження задоволеності власною професійною діяльністю. До симптоматики також належать звуження репертуару професійних дій, схильність до зловживання хімічними речовинами (тютюном, кавою, алкоголем, наркотиками), порушення харчової поведінки у вигляді втрати апетиту або переїдання. Значущими є й психологічні зміни: формування негативної «Я-концепції», посилення агресивних і напружених емоційних реакцій (роздратованості, тривожності, гніву). Крім того, проявляються емоції зневіри й внутрішнього виснаження – цинізм, песимізм, відчуття безнадійності, апатії, депресивні стани та переживання провини [60].

С. Maslach запропонувала структуровану класифікацію симптомів професійного вигорання, поділяючи їх на три групи [67].

До фізичних симптомів дослідниця відносить хронічну втому, відчуття емоційного та тілесного виснаження, підвищену чутливість до зовнішніх впливів, астенизацію, часті головні болі, порушення функцій шлунково-кишкового тракту, коливання ваги, задишку та розлади сну.

Поведінкові прояви включають відчуття надмірної складності виконуваної роботи, нестачу фізичних ресурсів, схильність залишатися на робочому місці після завершення робочого дня, зниження ентузіазму, легке виникнення гніву чи дратівливості, підозрілість, прояви «всемогутності» у взаємодії з пацієнтами, труднощі в ухваленні рішень, прагнення до дистанціювання як від клієнтів, так і від колег. До цієї групи також належить надмірне відчуття відповідальності за пацієнтів, тенденція до уникнення професійних ситуацій та можливе зловживання алкоголем або наркотичними речовинами.

Психологічні симптоми охоплюють почуття фрустрації, безпорадності та безнадійності, зниження інтересу до діяльності, емоційну нудьгу, втрату ентузіазму, переживання образи, розчарування, невпевненість у собі, почуття провини та непотрібності. Частими є також агресивні реакції, дратівливість, підозрілість, ригідність мислення та загальне формування негативних установок щодо професійного майбутнього й життя в цілому.

М. Burisch виділяє шість послідовних фаз розвитку професійного вигорання: попереджувальну фазу, фазу зниження власної участі, фазу формування емоційної реакції, появу деструктивної поведінки, виникнення психосоматичних проявів та фазу глибокого розчарування [56].

Попереджувальна фаза характеризується надмірною включеністю у професійну діяльність, прагненням до максимальної самовіддачі та необмеженого виконання обов'язків. На цьому етапі з'являються перші

попереджувальні ознаки перевантаження: постійна втома, труднощі зі сном, зростання ризику професійних помилок і нещасних випадків.

На фазі зниження власної участі спостерігається погіршення ставлення до професійного оточення: зменшується позитивне сприйняття колег, зростає тенденція переходити від співпраці до контролю; у взаємодії з іншими людьми проявляється байдужість, втрата симпатії, цинічні реакції; щодо роботи – небажання виконувати обов'язки, незадоволення діяльністю, порушення трудової дисципліни.

Фаза розвитку емоційних реакцій супроводжується домінуванням негативних переживань, серед яких найчастіше виділяють агресивність і депресивні стани.

Наступна стадія – поява деструктивної поведінки – проявляється комплексними змінами у різних психічних сферах. В інтелектуальній сфері знижується здатність концентрувати увагу, посилюється ригідність мислення; у мотиваційній – зникає ініціативність, зменшується ефективність діяльності, виконання завдань стає формалізованим і здійснюється лише за інструкціями; в емоційно-соціальній сфері формується байдужість, уникнення соціальних контактів, зростає тенденція до замкненості та ізоляції.

Фаза виникнення психосоматичних реакцій характеризується порушенням фізичного самопочуття, зниженням імунітету, появою або посиленням залежності від нікотину, кофеїну чи алкоголю як форм неусвідомленої саморегуляції.

Завершальна фаза – розчарування – пов'язана з формуванням стійких негативних життєвих установок. Людина відчуває безпорадність, втрату сенсу діяльності та загальну беззмістовність життя [36].

С. Cherniss розглядає професійне вигорання як поетапний процес поступового погіршення професійної поведінки, що виникає у відповідь на тривалий вплив стресогенних чинників робочого середовища. На першій стадії

формується дисбаланс між зовнішніми вимогами та наявними особистісними й ресурсними можливостями працівника, що призводить до появи стійкого стресового напруження. Друга стадія вирізняється наростанням короточасного, але інтенсивного емоційного виснаження, зниженням енергії та відчуттям перевтоми. На третій стадії відбуваються якісні зміни у мотиваційній сфері й поведінкових реакціях: втрачається інтерес до професійної діяльності, з'являється відстороненість, а провідним проявом стає цинічне, емоційно холодне ставлення до клієнтів або пацієнтів [57].

М. Mealer виокремлює чотири послідовні етапи розвитку професійного вигорання, кожен із яких відображає поступові зміни у мотиваційній, емоційній та поведінковій сферах фахівця [70].

Першу стадію – ентузіазм – автор пов'язує з підвищеним рівнем мотивації та внутрішнім бажанням максимально реалізувати себе в професійній діяльності. На цьому етапі працівник часто ставить перед собою завищені, інколи надто ідеалізовані цілі, а також демонструє високу включеність у роботу. Водночас такі очікування можуть створювати підґрунтя для подальшого розвитку емоційної напруги, особливо коли реальні умови роботи не відповідають внутрішнім уявленням.

Стадія стагнації виникає тоді, коли початковий ентузіазм поступово згасає, а очікування працівника приводяться у відповідність до реальності. З'являється почуття незадоволення, відчуття рутинності, а також перші ознаки емоційного виснаження. На цьому етапі людина починає гостріше реагувати на стресові чинники, що може позначатися на якості професійної діяльності.

Наступний етап – фрустрація – характеризується поглибленням внутрішньої напруги та зростанням сумнівів у власній компетентності. Зменшується здатність до емпатії, погіршується емоційна стійкість, що сприяє появі захисних реакцій. Працівник може уникати надмірного спілкування,

дистанціюватися від колег чи клієнтів, намагаючись таким чином зменшити психоемоційне навантаження.

Завершальна стадія – апатія – постає як своєрідна форма психологічного самозахисту від тривалої напруги та невирішених внутрішніх конфліктів. Вона проявляється байдужістю, втратою інтересу до професійних обов'язків, зниженням мотивації та схильністю до пригнічених або депресивних переживань. На цьому етапі працівник відчуває емоційну спустошеність і мінімальну залученість у робочий процес.

Таким чином, модель М. Mealer дає змогу простежити поступальний характер вигорання та зрозуміти внутрішні механізми, що зумовлюють перехід від високої мотивації до емоційного виснаження і зниження професійної ефективності [70].

Проаналізувавши сутність синдрому професійного вигорання, можна стверджувати, що він є багатofакторним та динамічним утворенням, розвиток якого зумовлюється як особистісними, так і організаційними детермінантами. Процес вигорання зазвичай розгортається поступово, охоплюючи емоційно-вольову сферу, професійні установки та внутрішню мотивацію фахівця. Виділені стадії та симптоми дозволяють розуміти вигорання як цілісний синдром, що має чітку структуру і закономірності розвитку.

1.3 Модель взаємодії арт-терапії та компонентів професійного вигорання у медичних працівників

Сучасна система охорони здоров'я висуває до медичних працівників надзвичайно високі вимоги, що стосуються як професійної компетентності, так і емоційної стійкості. Постійний контакт із хворими, відповідальність за життя та здоров'я людей, а також дефіцит часу й ресурсів створюють умови хронічного стресу. У таких обставинах зростає ризик розвитку синдрому професійного вигорання, який поступово призводить до емоційного

виснаження, зниження мотивації та погіршення якості виконання професійних обов'язків.

Проблематика професійного вигорання медичних працівників є надзвичайно актуальною, адже від їхнього психологічного стану безпосередньо залежить ефективність лікувального процесу, рівень взаємодії з пацієнтами та загальний стан медичної системи. Дослідження особливостей професійного вигорання має важливе практичне значення, адже дає змогу своєчасно виявити чинники ризику та визначити психологічні механізми виникнення цього явища.

Одним із найбільш ефективних засобів профілактики та корекції професійного вигорання є арт-терапія, яка базується на використанні творчого процесу як способу вираження, усвідомлення та трансформації внутрішніх переживань. Використання арт-терапевтичних методів сприяє гармонізації емоційного стану, формування стресостійкості, підвищенню рівня усвідомленості та внутрішніх ресурсів особистості.

Питання професійного вигорання медичних працівників знайшло широке відображення у сучасних наукових дослідженнях як зарубіжних, так і вітчизняних учених. Вагомий внесок у розробку теоретичних засад цього явища зробили зарубіжні дослідники D. Dierendonck, W. Schaufeli, H. Sixma [60], C. Maslach [66], Perlman B., Hartman E. [65], які зосереджували увагу на вивченні причин, динаміки та проявів емоційного виснаження у представників медичних професій. Так, C. Maslach розглядала синдром вигорання як тривалу стресову реакцію на професійні навантаження, що супроводжується емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням особистісних досягнень [67]. D. Dierendonck, W. Schaufeli, H. Sixma [59] досліджували особливості прояву вигорання серед молодшого медичного персоналу, акцентуючи увагу на ролі робочого середовища та соціальної підтримки.

В. Perlman, Е. Hartman [73] аналізували вплив організаційних факторів на рівень вигорання серед лікарів різних спеціалізацій.

Значний внесок у вивчення професійного вигорання зробили українські дослідники – Карамушка Л., Зайчикова Т. [54], Титаренко Т. [48], та ін., які аналізували особливості проявів вигорання у представників допомагаючих професій, зокрема педагогів, психологів і працівників соціальної сфери. Отримані ними результати є важливими й для розуміння процесів професійного вигорання серед медичних працівників, діяльність яких також пов'язана з високим рівнем емоційного напруження, відповідальністю за життя та здоров'я інших людей.

Професійне вигорання є формою емоційного виснаження, яка виникає в результаті тривалого навантаження у професійній діяльності. Вигорання може проявлятися в будь-якій сфері, але його симптоми часто збігаються із загальними ознаками емоційного виснаження, такими як апатія, розчарування, зневіра, фізична і психічна втома.

Арт-терапія – це творчий процес, який допомагає зменшити тривожність, сформувати позитивне самосприйняття й підвищити усвідомленість, тим самим покращуючи психічний стан і запобігаючи професійному вигоранню.

Арт-терапія як професійна дисципліна вперше була визнана в середині ХХ століття, відтоді її застосування значно розширилося в багатьох сферах, включаючи медицину, освіту та психологію. Ця терапевтична практика використовує творчий процес створення мистецтва як засіб для покращення емоційного та психічного здоров'я людини. Широке застосування арт-терапії обґрунтовується її ефективністю в зниженні стресу, покращенні самопочуття та стимулюванні особистісного зростання, що робить її дієвим засобом подолання професійного вигорання медичних працівників.

Л. Оршанська у своїх дослідженнях акцентує увагу на ефективності арт-терапії у подоланні емоційного виснаження, конфліктності та психосоматичних проявів стресу [41].

De Hert S. дослідив, що медичні працівники, особливо лікарі, які працюють у періопераційній сфері, мають підвищений ризик професійного вигорання. Це явище може мати серйозні негативні наслідки для особистості (зловживання психоактивними речовинами, проблеми у міжособистісних стосунках, навіть суїцидальні тенденції) та для її професійної діяльності: погіршення якості медичної допомоги та підвищення ризику лікарських помилок [58].

О. Юрков, досліджуючи феномен вигорання серед медичних працівників, визначає основні напрями запобігання деформаціям у професійній діяльності. До них належать: підвищення загальної компетентності персоналу; систематична психодіагностика проявів деформацій і розробка стратегій їх подолання; організація та участь у спеціальних тренінгах, спрямованих на особистісне й кар'єрне зростання; формування навичок рефлексії власного професійного шляху та створення альтернативних сценаріїв подальшого розвитку; а також профілактика дезадаптації молодих фахівців [53].

М. Mealer [70] та М. Moss [71] у своїх дослідженнях виявили тісний взаємозв'язок між рівнем професійного стресу, симптомами вигорання та показниками психічного здоров'я медичних працівників, наголошуючи на важливості своєчасної психологічної підтримки. Вчені підкреслюють, що використання арт-терапевтичних методів може виступати дієвим профілактичним засобом, який сприяє зниженню емоційного напруження та підвищенню стресостійкості фахівців.

К. Reed [73] та К. Torres [78] запропонували сучасні науково обґрунтовані підходи до інтеграції творчих методів у систему психологічного супроводу

медичного персоналу, зосереджуючи увагу на арт-терапії як важливому засобі підтримки емоційної стійкості фахівців. У своїх роботах дослідники підкреслюють, що творчі форми роботи – малювання, ліплення, робота з образом і кольором, елементи музичної та рухової терапії – не лише сприяють емоційному розвантаженню, а й активізують внутрішні ресурси, необхідні для подолання професійного стресу.

Особливу увагу в їхніх дослідженнях приділено тому, як арт-терапевтичні практики впливають на актуальний емоційний стан медичного персоналу. Зокрема, автори аналізують динаміку тривожності, рівень напруженості та здатність до саморегуляції після участі у спеціально розроблених арт-терапевтичних програмах. За результатами їхніх робіт, такі методи сприяють глибшому усвідомленню власного емоційного досвіду, підвищують мотивацію до професійної діяльності та позитивно позначаються на загальному відчутті задоволеності роботою.

Таким чином, підходи, запропоновані К. Reed [73] та К. Torres [78], відкривають нові можливості для практичної психології у медичній сфері, підкреслюючи значення творчого вираження як ефективного механізму підтримки психічного здоров'я та професійного благополуччя медичних працівників.

Проаналізувавши різноманітні підходи до дослідження професійного вигорання в медичних працівників, було розроблено модель (Рис. 1.1), у якій узагальнено ключові чинники, характерологічні прояви та динаміку формування синдрому, а також визначено можливості арт-терапевтичного втручання на кожному з етапів розвитку вигорання.

Модель охоплює як психологічні, так і психофізіологічні механізми вигорання та визначає шляхи його профілактики й корекції засобами арт-терапії.

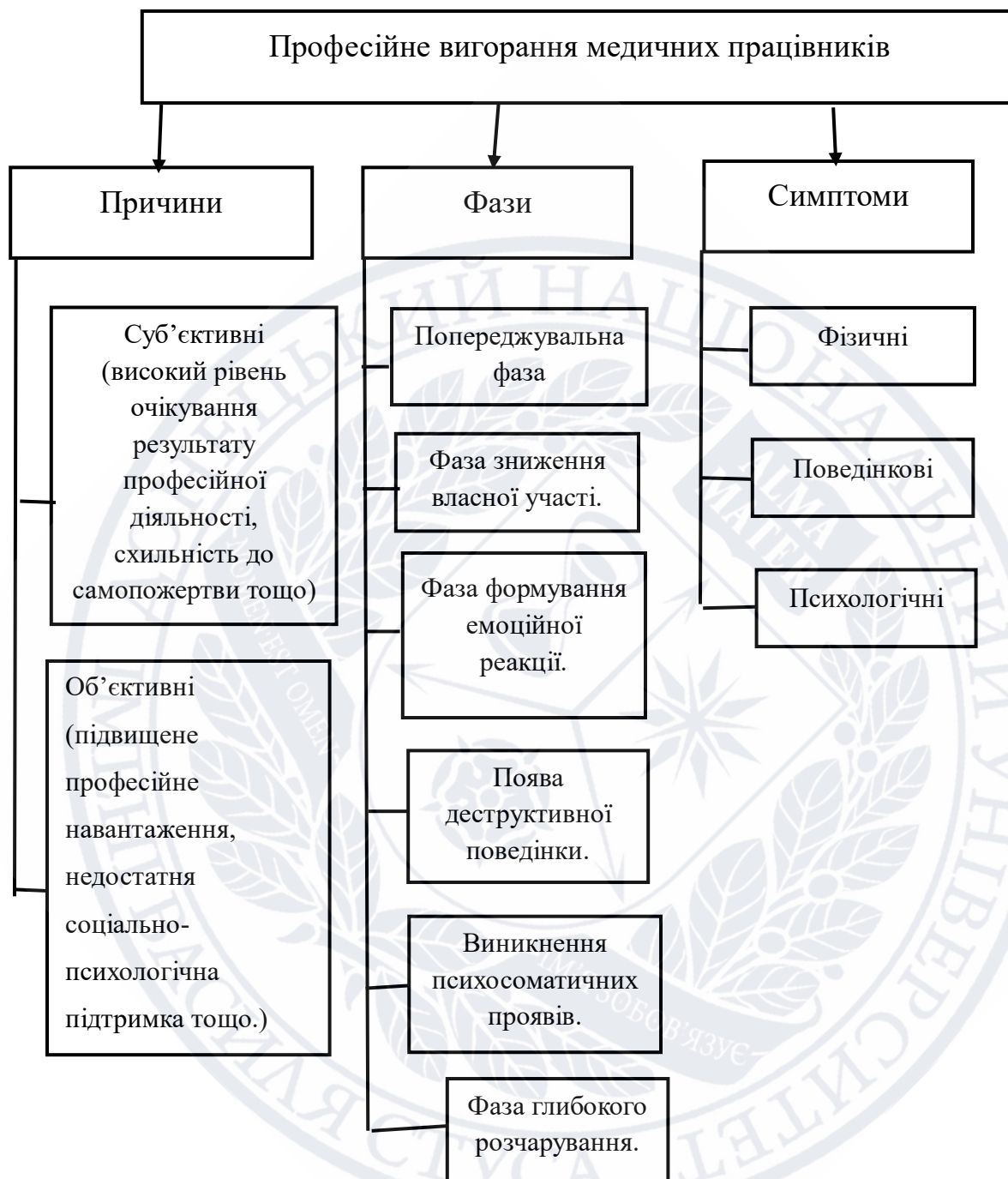


Рис. 1.1 Модель корекції професійного вигорання медичних працівників засобами арт-терапії

Представлена модель (Рис. 1.1) демонструє комплексну структуру розвитку професійного вигорання медичних працівників, що включає три основні блоки: причини, фази розвитку синдрому та симптоматику, які

взаємопов'язані між собою та послідовно впливають на загальний стан фахівця.

Причини професійного вигорання.

1. Суб'єктивні, пов'язані з особистісними очікуваннями, підвищеною відповідальністю, високим рівнем професійної мотивації, тенденцією до самоконтролю та самопожертви.

2. Об'єктивні, зумовлені специфікою роботи: надмірні професійні навантаження, дефіцит ресурсів, недостатня соціально-психологічна підтримка, високі ризики, емоційно напружена взаємодія з пацієнтами.

Фази формування синдрому. У моделі послідовно подано кілька етапів:

1. Попереджувальна фаза – перші ознаки виснаження, нестабільність емоцій.

2. Фаза зниження власної участі – відчуття дистанціювання, зменшення залученості в робочі процеси.

3. Фаза формування емоційної реакції – посилення негативних емоцій, підвищена чутливість до стресу.

4. Поява деструктивної поведінки – уникання контактів, різкі зміни у взаємодії з пацієнтами та колегами.

5. Виникнення психосоматичних проявів – підвищена втомлюваність, порушення сну, головний біль, вегетативні реакції.

6. Фаза глибокого розчарування – емоційне виснаження, втрата сенсу професійної діяльності, зниження професійної ефективності.

Кожен етап характеризується ускладненням симптоматики та поглибленням емоційного виснаження.

Симптоми професійного вигорання. Модель виокремлює три групи симптомів:

1. Фізичні – втома, соматичні скарги, порушення сну, зниження імунного захисту.

2. Поведінкові – унікальна поведінка, дратівливість, зниження якості виконання професійних обов'язків, емоційна холодність у спілкуванні.
3. Психологічні – апатія, почуття несправедливості, емоційне виснаження, зниження самооцінки, відчуття безнадійності.

Отже, професійне вигорання медичних працівників є складним психоемоційним станом, що формується під впливом тривалого стресу, високої відповідальності та постійного контакту з людськими стражданнями. Для представників медичних професій характерні емоційне виснаження, деперсоналізація та зниження відчуття власних професійних досягнень. Часто спостерігаються апатія, байдужість до пацієнтів, цинічне ставлення або надмірна дратівливість. Вигорання може супроводжуватися соматичними проявами – порушенням сну, головним болем, хронічною втомою, зниженням імунітету. Однією з причин вигорання є недостатня соціальна підтримка, низький рівень оплати праці та дефіцит часу на відпочинок. Цей стан негативно впливає не лише на здоров'я самих фахівців, а й на якість медичної допомоги.

Висновки до розділу 1

Отже, здійснивши аналіз проблеми професійного вигорання медичних працівників, що дозволило всебічно розкрити сутність цього феномену та визначити його ключові структурні характеристики. Узагальнення сучасних наукових підходів дало змогу уточнити поняття «професійне вигорання» як складного психофізіологічного стану, що виникає під впливом тривалих професійних навантажень, емоційної напруги та порушення механізмів саморегуляції.

У процесі аналізу було виокремлено комплекс чинників формування синдрому, що включає суб'єктивні (особистісні, мотиваційні) та об'єктивні (організаційні, соціально-психологічні) впливи. Встановлено, що розвиток

професійного вигорання має поетапний характер та супроводжується змінами в емоційній, поведінковій і фізичній сферах особистості. Детально описано симптоматичну картину, що охоплює емоційне виснаження, деперсоналізацію, порушення професійної ефективності та психосоматичні прояви.

На основі узагальнення теоретичних положень була розроблена модель взаємодії арт-терапії з компонентами професійного вигорання медичних працівників. Модель демонструє, що арт-терапевтичний вплив може бути ефективним на різних етапах розвитку синдрому, сприяючи відновленню емоційної рівноваги, підвищенню ресурсу саморегуляції, покращенню внутрішньої мотивації та зменшенню психофізіологічного напруження.

Отже, теоретичний аналіз, проведений у першому розділі, забезпечує наукове підґрунтя для подальшого емпіричного вивчення особливостей професійного вигорання медичних працівників та обґрунтовує доцільність використання арт-терапії як ефективного засобу його профілактики й корекції.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Методи та методики дослідження професійного вигорання

Дослідження професійного вигорання особистості вимагає чіткої структури, логічної впорядкованості та системного підходу до фіксації як кількісних, так і якісних характеристик прояву цього явища. Вивчення синдрому вигорання є багатовимірним процесом, що потребує поєднання теоретичних узагальнень, емпіричних спостережень та практичних інтерпретацій. У цьому контексті ключовим завданням дослідника є формування цілісної стратегії наукового пошуку, яка забезпечить достовірність, валідність і репрезентативність отриманих даних.

Організація дослідницького процесу щодо вивчення професійного вигорання включає чітке окреслення мети, завдань, об'єкта та предмета, формулювання гіпотези, добір оптимальних діагностичних методик і визначення процедур аналізу. Важливими є також поетапність і поступовість проведення емпіричного дослідження, що дає змогу отримати повну й обґрунтовану картину функціонування явища.

Системність дослідження проявляється у взаємопов'язаності всіх його компонентів – від теоретичного обґрунтування проблеми та розроблення методичного інструментарію до статистичного опрацювання результатів і їх наукової інтерпретації. Такий підхід дозволяє глибше розкрити закономірності формування професійного вигорання, оцінити його вплив на особистість та визначити можливі шляхи корекції й профілактики.

Під час вивчення особливостей професійного вигорання медичних працівників було розглянуто методологічні критерії, серед яких ключовими були:

- об'єктивність – кожен досліджуваний параметр мав піддаватися однозначному тлумаченню;
- адекватність та валідність – методи дослідження мали відповідати заявленій меті та досліджувати саме те, що передбачено у теоретичній моделі;
- нейтральність – оцінювання мало бути вільним від упереджень чи зовнішніх впливів.

Дослідження проводилося у три послідовні етапи, кожен з яких мав свою мету, завдання та очікувані результати.

На першому етапі було здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми професійного вигорання. Опрацьовано наукові джерела, уточнено ключові поняття, визначено концептуальні підходи та чинники, що впливають на розвиток синдрому у медичних працівників. Також сформульовано мету, завдання та гіпотезу дослідження, підібрано валідні діагностичні методики.

Другий етап передбачав проведення емпіричної частини дослідження: організацію вибірки, збір первинних даних за допомогою психодіагностичних інструментів, а також фіксацію індивідуальних показників щодо рівня професійного вигорання, суб'єктивного благополуччя, локусу контролю, ментального здоров'я та копінг-стратегій.

На третьому етапі здійснювали статистичну обробку отриманих результатів, їх інтерпретацію та узагальнення. Порівнювали показники респондентів за різними шкалами, встановлювали взаємозв'язки між компонентами професійного вигорання та психологічними характеристиками особистості. Це дозволило отримати цілісне уявлення про структуру та динаміку вигорання медичних працівників та обґрунтувати напрями подальшої корекційно-профілактичної роботи.

У дослідженні взяли участь 60 медичних працівників Вінницького обласного клінічного медичного реабілітаційного центру ветеранів війни та

радіаційного захисту населення. Вибірка була сформована з фахівців різних професійних категорій, що дозволило отримати більш об'єктивне уявлення про особливості проявів професійного вигорання в умовах реабілітаційного медичного закладу.

Вік досліджуваних медпрацівників був приблизно від 23 до 60 років, серед яких переважали особи вікової групи 30–50 років, що є типовим для професій, пов'язаних із тривалою медичною практикою. За статевою ознакою вибірка була переважно жіночою, що відповідає загальній тенденції гендерного складу медичної сфери, однак у дослідженні брали участь і чоловіки, які становили меншу частку досліджуваної групи.

Щодо професійного стажу, учасники характеризувалися значною варіативністю: від молодих фахівців із досвідом роботи до 3 років — до працівників із багаторічним стажем, що перевищує 20 років. Така диференціація дозволила простежити, як тривалість професійної діяльності впливає на схильність до розвитку вигорання.

До вибірки увійшли представники різних посад: лікарі різних спеціальностей, медичні сестри, фельдшери, реабілітологи, психологи, молодший медичний персонал. Подібна професійна різноманітність дала змогу врахувати специфіку робочих функцій та навантаження, які можуть по-різному впливати на формування ознак професійного вигорання.

Для досягнення поставлених задач було використано наступні методики:

1. Методика «Дослідження синдрому вигорання» (Дж. Грінберг).

Методика призначена для встановлення рівня психічного вигорання особистості. Методика складається з 20 запитань на які потрібно відповісти «Так» або «Ні» (Додаток Б).

Обробка даних відбувалася у відповідності з ключем опитувальника:

низький рівень – 0-7 балів,

середній рівень – 8-14 балів,

високий рівень – 15-20 балів.

2. Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О. Калюк, О. Савченко).

Методика «КОСБ-3», розроблена українськими дослідниками О. Савченко, О. Калюк, призначена для вимірювання когнітивних аспектів суб'єктивного благополуччя. Методика містить 20 тверджень, що оцінюються за 5-ти бальною шкалою. Вона включає 3 субшкали, які дозволяють виміряти три незалежні аспекти задоволеності життя, а саме: «Задоволеність власним життям», «Невдоволеність собою і розчарування в житті» та «Задоволеність відносинами з іншими» (Додаток В).

Шкали:

- 1 Задоволеність власним життям.
- 2 Невдоволеність собою та розчарування в житті.
- 3 Задоволеність відносинами з іншими.

За прямою шкалою бали нараховуються так: 5 балів – «повністю погоджуюсь», 4 – «частково погоджуюсь», 3 – «важко визначитись», 2 – «частково не погоджуюсь», 1 – «повністю не погоджуюсь». За зворотною шкалою: 1 бал – «повністю погоджуюсь», 2 – «частково погоджуюсь», 3 – «важко визначитись», 4 – «частково не погоджуюсь», 5 – «повністю не погоджуюсь».

3. Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (К. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis).

Опитувальник складається з 18 питань, які поєднані у три шкали: шкала «внутрішнього локусу контролю» (відображає ступінь відчуття респондентами контролю над своїм здоров'ям); шкала «контролю «могутніми» іншими» (показує ступінь впевненості опитуваного в тому, що за його здоров'я несуть відповідальність «могутні інші», наприклад, лікарі, родичі тощо); шкала «контролю випадку» (вимірює, наскільки опитуваний переконаний в тому, що

здоров'я залежить від випадку, везіння або долі) (Додаток Г).

Опитувальник складається з трьох шкал.

1. Шкала «внутрішнього локусу контролю» (Блок А): відображає ступінь відчуття власного контролю над своїм здоров'ям.

2. Шкала «контролю «могутніми іншими» (Блок Б): ця шкала показує ступінь вашої впевненості в тому, що за ваше здоров'я несуть відповідальність «могутні інші» (наприклад, лікарі).

3. Шкала «контролю випадку» (Блок В): ця шкала показує ступінь переконання в тому, що власне здоров'я залежить від випадку, удачі або долі. Підрахуйте суму балів, набраних в кожній шкалі. Мінімальне значення за шкалою дорівнює 6 балам, а максимальне – 30 балам.

1. 22–30 балів – високий рівень за відповідною шкалою контролю. Наприклад, якщо у вас високий бал за шкалою «контролю випадку», ви вірите в те, що ваше здоров'я залежить від випадку.

2. 15-21 бали – середній рівень за відповідною шкалою контролю. Наприклад, середній бал за шкалою «контролю «могутніми іншими» означає, що ви частково впевнені в тому, що ваше здоров'я залежить від «могутніх інших».

3. 6-14 балів – низький рівень за відповідною шкалою контролю. Наприклад, якщо у вас низький бал за шкалою «внутрішнього контролю», то ви не вірите в свої сили щодо запобігання захворюванням і лікування.

4. Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E.S. Becker).

Методика включає 9 тверджень, використовується 4-бальна оціночна шкала. Методика дає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я, що є дуже суттєвим, оскільки позитивно «забарвлює» життєву активність людини, що дозволяє, на відміну від так званого

«негативного психічного здоров'я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми (Додаток Д).

5. Методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер). Дана методика призначена для визначення домінуючих стратегій подолання стресу. Копінг-поведінка – це свідомо поведінка, яка спрямована на психологічне подолання стресу (Додаток Ж).

Методика дає можливість виявити такі копінг-стратегії: копінг, орієнтований на вирішення завдання, копінг, орієнтований на емоції, копінг, орієнтований на уникнення, субшкала відволікання (соціальне відволікання та відволікання).

З метою дослідження професійного вигорання у медичних працівників емпіричний матеріал, отриманий у результаті дослідження, піддавався кореляційному аналізу, що здійснювався за допомогою t -критерію Стьюдента.

t -критерій був розроблений Уільямом Госсетом (1876-1937).

Критерій Стьюдента спрямований на оцінку відмінностей величин середніх значень двох вибірок, які розподілені по нормальному закону. Одним із головних переваг критерію є широта його застосування. Він може бути використаний для зіставлення середніх у пов'язаних між собою і не пов'язаних вибірках, причому вибірки можуть бути не рівні по величині.

2.2. Результати емпіричного дослідження професійного вигорання

З метою вивчення рівня вираженості синдрому професійного вигорання у медичних працівників Вінницького обласного клінічного медичного реабілітаційного центру ветеранів війни та радіаційного захисту населення було використано методику «Дослідження синдрому вигорання» Дж. Грінберга. Результати проведеного дослідження наведені у табл. 2.1 та на Рис. 2.1.

Таблиця 2.1 – Показники дослідження синдрому вигорання у медпрацівників (N=60)

Рівень	Абс. к-сть	У %
Низький	19	31,7
Середній	34	56,6
Високий	7	11,7

Згідно з результатами, поданими у табл. 2.1 та на Рис. 2.1, більшість опитаних медичних працівників характеризуються середнім рівнем вираженості синдрому професійного вигорання. Так, 56,6% респондентів продемонстрували показники, що відповідають помірній вираженості емоційного виснаження. Це свідчить про наявність стабільного професійного стресу, зниження енергетичних ресурсів, періодичну появу втоми та емоційного напруження, що пов'язано зі специфікою медичної діяльності. Для цього рівня характерні такі прояви, як часткове зниження мотивації, емоційна нестійкість, відчуття перевантаження та необхідність постійного самоконтролю у взаємодії з пацієнтами.

Високий рівень емоційного вигорання був виявлений у 11,7% досліджуваних. Ця група демонструє ознаки значного психоемоційного виснаження, що може проявлятися у деперсоналізації, байдужості або дратівливості, вираженому відчутті втоми, зниженні професійної ефективності та можливих психосоматичних симптомах. Наявність таких показників вказує на критичний стан професійних ресурсів та потребує невідкладних психокорекційних заходів, зокрема програм, спрямованих на відновлення емоційного балансу.

У той же час, 31,7% медичних працівників продемонстрували низький рівень вигорання, що свідчить про достатній рівень стресостійкості, ефективні навички емоційної саморегуляції та здатність підтримувати внутрішній ресурс

попри навантаження. Для цієї групи характерне адекватне використання копінг-стратегій, збережена професійна мотивація та більш стабільний психоемоційний стан.

Отримані дані свідчать про те, що синдром професійного вигорання є поширеним серед медичних працівників, але рівень його вираженості варіює. Переважання середнього рівня вигорання вказує на системне навантаження та потребу в розробці профілактичних і корекційних програм, зокрема засобами арт-терапії, які здатні підтримати емоційний стан фахівців та знизити ризики подальшого поглиблення синдрому.

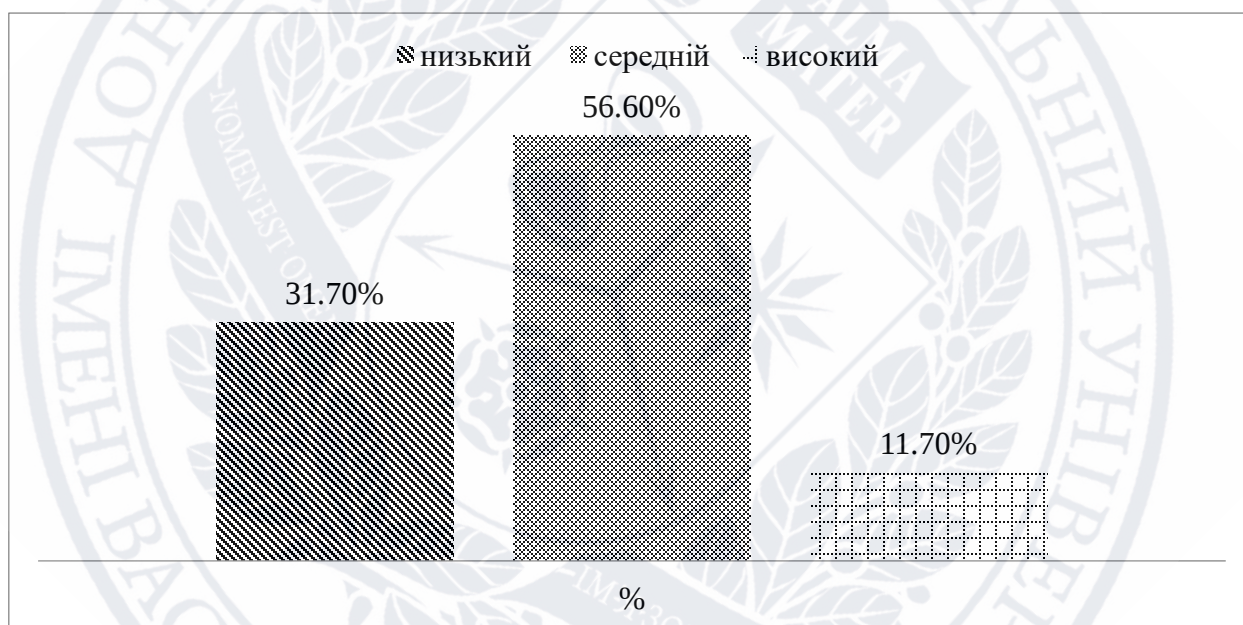


Рис. 2.1. Результати дослідження синдрому вигорання у медичних працівників

З метою визначення рівня когнітивного компонента суб'єктивного благополуччя медичних працівників було використано методику «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)», розроблену О. Калюком та О. Савченко. Результати проведеної методики представлені у табл. 2.2 та на Рис 2.2.

Таблиця 2.2 – Показники дослідження когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя у медпрацівників (N=60)

Шкала	Рівень					
	Низький		Середній		Високий	
	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %
Задоволеність власним життям	11	18,3	37	61,7	12	20
Невдоволеність собою та розчарування в житті	16	26,7	32	53,3	12	20
Задоволеність відносинами з іншими	14	23,3	28	46,7	18	30

Результати, відображені в табл. 2.2 та на Рис. 2.2, свідчать, що більшість медичних працівників (61,7%) мають середній рівень задоволеності власним життям. Це вказує на відносно стабільний емоційний стан, здатність підтримувати оптимістичне ставлення до життєвих подій та певну ефективність адаптаційних механізмів у професійній діяльності. Водночас середній рівень може відображати наявність нерозв'язаних внутрішніх переживань, професійних труднощів або невизначеності щодо майбутнього, що потребує розвитку навичок саморегуляції та підвищення ресурсності.

Низький рівень задоволеності власним життям відзначили 18,3% респондентів, що свідчить про знижену емоційну насагу, часті відчуття невдоволення чи втоми, а також про ризик формування негативного ставлення до власних досягнень. Такі показники характерні для спеціалістів допомагаючих професій, які працюють у ситуаціях постійного стресового навантаження та відповідальності.

У межах показника «Невдоволеність собою та розчарування в житті» понад половина учасників (53,3%) мають середній рівень вираженості, що

вказує на помірну критичність щодо власних можливостей і результатів діяльності. Разом з тим 26,7% демонструють низький рівень невдоволеності, що свідчить про наявність позитивного ставлення до себе та достатній рівень самоприйняття. Високий рівень невдоволеності виявлено у 20% медичних працівників, що може бути ознакою підвищеної емоційної напруги, перфекціонізму, почуття виснаження та ризику розвитку професійного вигорання.

Показники задоволеності міжособистісними стосунками свідчать, що майже половина медичних працівників (46,7%) мають середній рівень задоволеності взаєминами, що відображає стабільну, хоча й не повністю гармонійну систему соціальних зв'язків. Водночас 30% респондентів демонструють високий рівень задоволеності відносинами з іншими людьми, що може свідчити про наявність потужної соціальної підтримки, довірливих стосунків і здатності будувати конструктивну комунікацію з колегами та пацієнтами. Низький рівень (23,3%) може вказувати на труднощі в налагодженні контактів, конфліктність або емоційне дистанціювання, пов'язане з професійним виснаженням.

Таким чином, загальний рівень когнітивного компонента суб'єктивного благополуччя медичних працівників можна схарактеризувати як помірно сприятливий, однак такий, що супроводжується окремими проявами внутрішньої напруги, емоційної втоми та зниження життєвої задоволеності. Виявлені дані свідчать про актуальність психологічної підтримки, спрямованої на покращення самоприйняття, розвиток стресостійкості, зміцнення внутрішніх ресурсів та оптимізацію емоційного стану. У цьому контексті особливо значущими є арт-терапевтичні методи, які сприяють емоційному відновленню, зменшенню рівня невдоволеності собою та формуванню більш позитивного ставлення до власного життя та професійної діяльності.

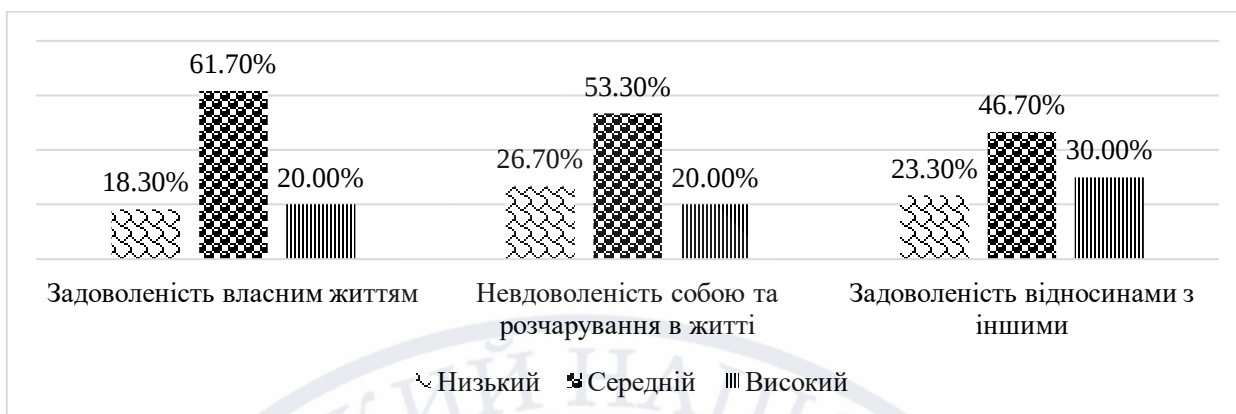


Рис. 2.2. Результати дослідження когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя у медичних працівників

Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (К. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis). Результати проведеної методики серед представлені у табл. 2.3 та на Рис. 2.3.

Таблиця 2.3 – Показники дослідження локус контролю здоров'я у медпрацівників (N=60)

Шкала	Рівень					
	Низький		Середній		Високий	
	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %
Внутрішній локус контролю	14	23,3	24	40	22	36,7
Контроль «могутніми іншими»	19	31,7	30	50	11	18,3
Контроль випадку	15	25	31	51,7	14	23,3

Згідно з результатами, поданими в табл. 2.3 та на Рис. 2.3, більшість медичних працівників демонструють середній рівень усіх трьох типів локусу контролю здоров'я, що свідчить про відносно збалансоване сприйняття впливу

особистих, соціальних та зовнішніх чинників на власний стан здоров'я. Така структура локусу контролю є характерною для фахівців допомагаючих професій, які одночасно усвідомлюють власну відповідальність за здоров'я та визнають роль професійного середовища й непередбачуваних обставин.

Показник внутрішнього локусу контролю на середньому рівні продемонстрували 40% респондентів. Це свідчить про помірний рівень усвідомлення особистої відповідальності за стан свого здоров'я, здатність до саморегуляції, прийняття активної позиції у питаннях профілактики та підтримки благополуччя. Водночас 36,7% медичних працівників мають високий рівень внутрішнього контролю, що вказує на сформовану орієнтацію на власні можливості та впевненість у тому, що результати щодо здоров'я здебільшого залежать від їхніх дій. Низький рівень внутрішнього контролю, притаманний 23,3% учасників, може свідчити про відчуття безсилля, знижену віру у власний вплив на самопочуття та схильність до зовнішніх пояснень проблем зі здоров'ям.

За шкалою контролю «могутніми іншими» більшість опитаних (50%) також мають середній рівень, що відображає збалансоване ставлення до ролі фахівців, керівництва або авторитетних осіб у питаннях підтримки здоров'я. Водночас 31,7% демонструють низький рівень залежності від зовнішніх авторитетів, що може означати прагнення до самостійності та незалежності у прийнятті рішень щодо здоров'я. Проте 18,3% респондентів мають високий рівень віри у вплив «могутніх інших», що може свідчити про підвищену орієнтацію на поради лікарів, керівників або значущих фігур, а інколи – про знижену впевненість у власній здатності контролювати здоров'я.

Щодо контролю випадку, то найбільша частка респондентів (51,7%) продемонструвала середній рівень, що означає часткове визнання ролі випадкових або непередбачуваних обставин у формуванні стану здоров'я. Високий рівень контролю випадку, характерний 23,3% медичних працівників,

свідчить про схильність пояснювати власне здоров'я зовнішніми, неконтрольованими чинниками – долею, випадковістю, збігом обставин, умовами праці або соціальним середовищем. Низький рівень, зафіксований у 25% учасників, вказує на мінімальну орієнтацію на випадковість як чинник здоров'я і більшу раціональність у його трактуванні.

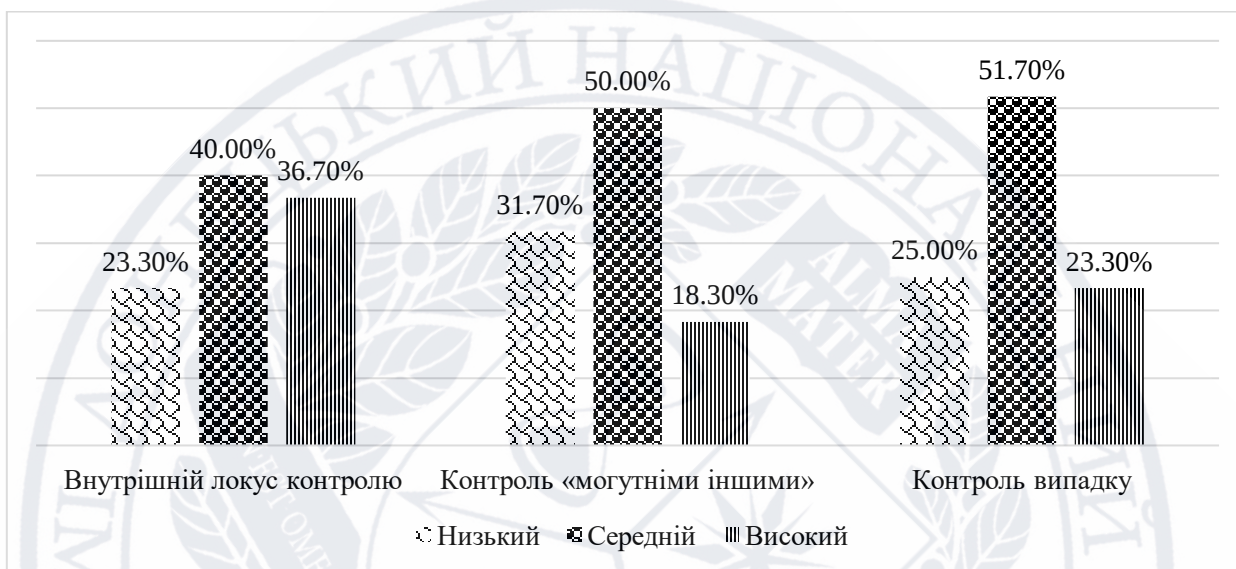


Рис. 2.3. Результати дослідження локус контролю здоров'я у медичних працівників

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E. Becker). Результати проведеної методики серед медичних працівників представлені у табл. 2.4 та на Рис. 2.4.

Таблиця 2.4 – Показники дослідження позитивного ментального здоров'я у медпрацівників (N=60)

Рівень	Абс. к-сть	У %
Низький	13	21,7
Середній	30	50
Високий	17	28,3

За результатами, поданими у табл. 2.4 та зображеними на Рис. 2.4, встановлено, що половина опитаних медичних працівників (50%) мають середній рівень позитивного ментального здоров'я. Такий показник свідчить про відносно стійкий психоемоційний стан, який характеризується загальною задоволеністю повсякденним функціонуванням, здатністю підтримувати психологічну рівновагу та зберігати основні внутрішні ресурси, необхідні для виконання професійних обов'язків. Водночас середній рівень може вказувати на наявність певної напруги, періодичних коливань настрою або емоційної втоми, що є типовим для фахівців, які працюють у високостресових умовах.

Низький рівень позитивного ментального здоров'я виявлено у 21,7% досліджуваних. Ця категорія потребує особливої уваги, оскільки такі показники нерідко пов'язані з підвищеним рівнем емоційного виснаження, труднощами адаптації до професійних навантажень, почуттям внутрішнього виснаження чи зниженням здатності ефективно регулювати власний емоційний стан. Наявність майже чверті працівників із низькими показниками може свідчити про системний вплив стресогенних чинників робочого середовища, таких як періодичні кризові ситуації, дефіцит відпочинку, значна відповідальність та інтенсивна міжособистісна взаємодія.

Високий рівень позитивного ментального здоров'я демонструють 28,3% опитаних. Це свідчить про те, що значна частина медичних працівників володіє достатнім потенціалом життєстійкості, емоційної саморегуляції, оптимістичного світосприйняття та здатністю конструктивно долати професійні виклики. Такі показники характеризують працівників зі сформованою системою внутрішніх ресурсів, які сприяють підтриманню стабільного психічного функціонування та зниженню ризику розвитку емоційного вигорання.

У цілому результати дослідження дозволяють охарактеризувати позитивне ментальне здоров'я медичних працівників як переважно середнє, із

помітною часткою осіб, що потребують психологічної підтримки. Враховуючи складність і напруженість професійної діяльності, особливої важливості набуває впровадження інтервенцій, спрямованих на розвиток емоційної стійкості, підсилення внутрішніх ресурсів, формування навичок самодопомоги та профілактику емоційного вигорання. У цьому контексті актуальними є методи арт-терапії, здатні сприяти гармонізації психоемоційного стану, зміцненню позитивного ставлення до себе та відновленню загального психологічного благополуччя.

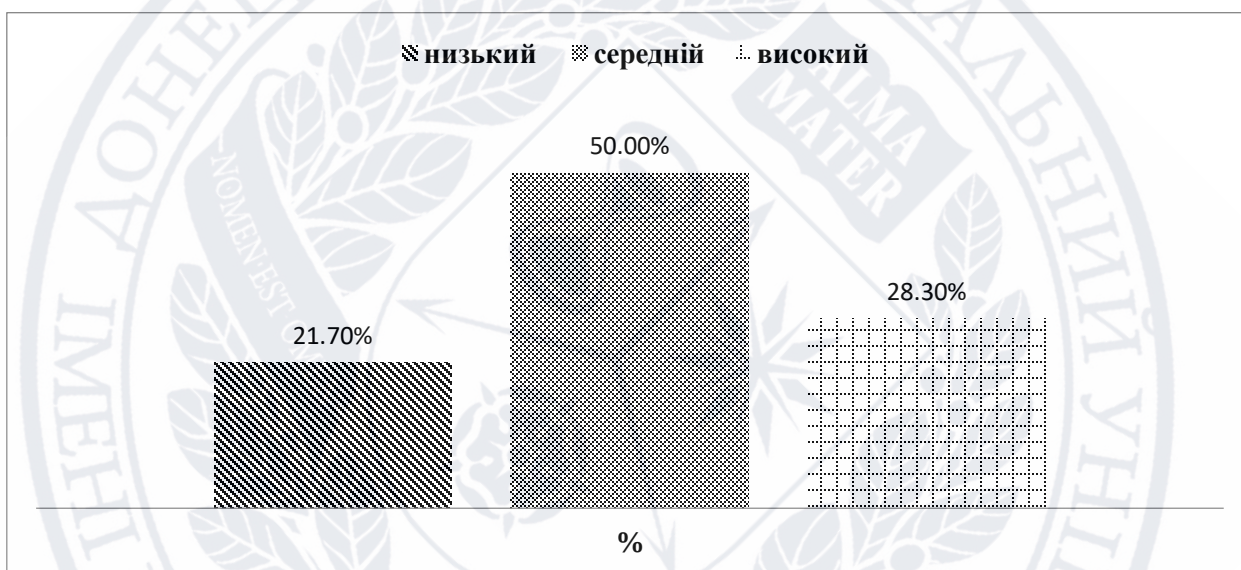


Рис. 2.4. Результати визначення позитивного ментального здоров'я у медичних працівників

З метою вивчення особливостей реагування медичних працівників на стресові ситуації було застосовано методику вивчення копінг-поведінки у стресових ситуаціях, розроблену С. Норманом, Д. Ендлером, Д. Джеймсом і М. Паркером. Результати проведеної методики представлені в табл. 2.5 та на Рис. 2.5.

Таблиця 2.5 – Показники дослідження копінг-поведінки у медпрацівників (N=60)

Шкала	Абс. к-сть	У %
Уникнення	14	23,3
Емоційне реагування	30	50
Вирішення завдань	16	26,7

Згідно з даними, поданими у табл. 2.5 та відображеними на Рис. 2.5, встановлено, що половина медичних працівників (50%) у стресових і кризових ситуаціях переважно використовують емоційно-орієнтовані стратегії копінгу. Такий тип реагування відображає схильність до інтенсивних переживань, афективних реакцій, зосередженості на власному емоційному стані та прагнення зняти внутрішню напругу шляхом емоційного вираження. Подібні стратегії характерні для осіб, які працюють у постійному контакті з людським болем, стражданням і відповідальністю, що посилює навантаження на емоційну сферу.

Другим за поширеністю виявився копінг, спрямований на уникнення стресової ситуації, який продемонстрували 23,3% опитаних. Стратегія уникання передбачає прагнення віддалитися від проблеми, тимчасово ігнорувати напружені обставини або переключатися на інші види діяльності. У професійному середовищі медичних працівників це може проявлятися у зниженні емоційної включеності, відкладанні вирішення складних робочих завдань або психічному дистанціюванні від стресогенних подій. Використання такого копінгу нерідко пов'язане з накопиченням втоми та перевантаженням адаптаційних ресурсів.

Найменшою мірою представлена стратегія проблемно-орієнтованого копінгу, яку використовують 26,7% респондентів. Вона передбачає раціональний аналіз ситуації, пошук ефективних рішень, планування дій та

активні спроби впливати на джерело стресу. Незважаючи на важливість цієї стратегії для професійної ефективності та стресостійкості, її поширення серед медичних працівників виявилось обмеженим. Це може бути пов'язано з високою інтенсивністю робочого навантаження, дефіцитом часу, емоційною виснаженістю та обмеженим доступом до ресурсів психологічної підтримки.

Загалом отримані дані свідчать, що в поведінковому репертуарі медичних працівників домінують емоційно-реактивні та унікальні копінг-стратегії, які часто виконують функцію короточасного зниження напруги, але не сприяють довготривалому вирішенню проблеми. Такий профіль копінг-поведінки може бути наслідком хронічного стресу, високої емоційної відповідальності, інтенсивної міжособистісної взаємодії та ризиків професійного вигорання. Отримані результати підкреслюють необхідність впровадження програм психологічної підтримки й розвитку навичок адаптивного, проблемно-орієнтованого копіngu, зокрема засобами арт-терапії, які сприяють зниженню емоційного напруження та підвищують здатність до конструктивного подолання труднощів.

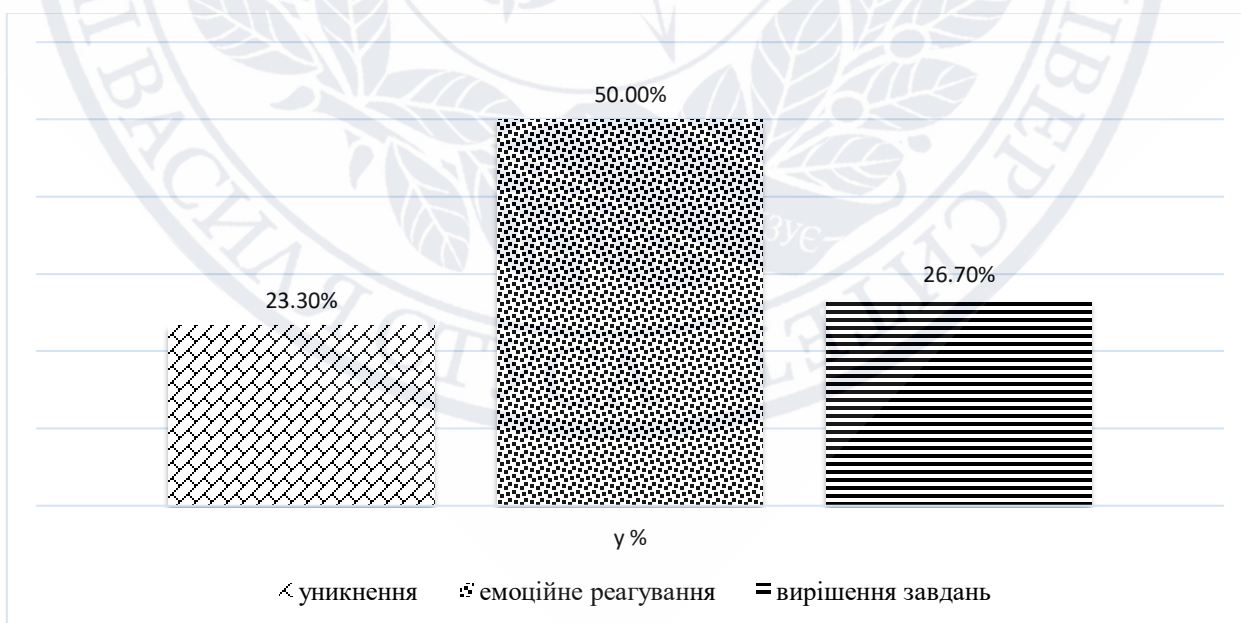


Рис. 2.5. Результати дослідження копінг-поведінки в медичних працівників

Висновки до розділу 2

Професійне вигорання медичних працівників – це стан емоційного, фізичного та інтелектуального виснаження, що виникає внаслідок тривалого впливу професійного стресу, високої відповідальності, інтенсивного темпу роботи та постійної взаємодії з пацієнтами.

Для медиків цей синдром особливо характерний, оскільки їхня діяльність пов'язана з високими емоційними навантаженнями, необхідністю швидко ухвалювати важливі рішення, роботою з людським болем, стражданням і смертю.

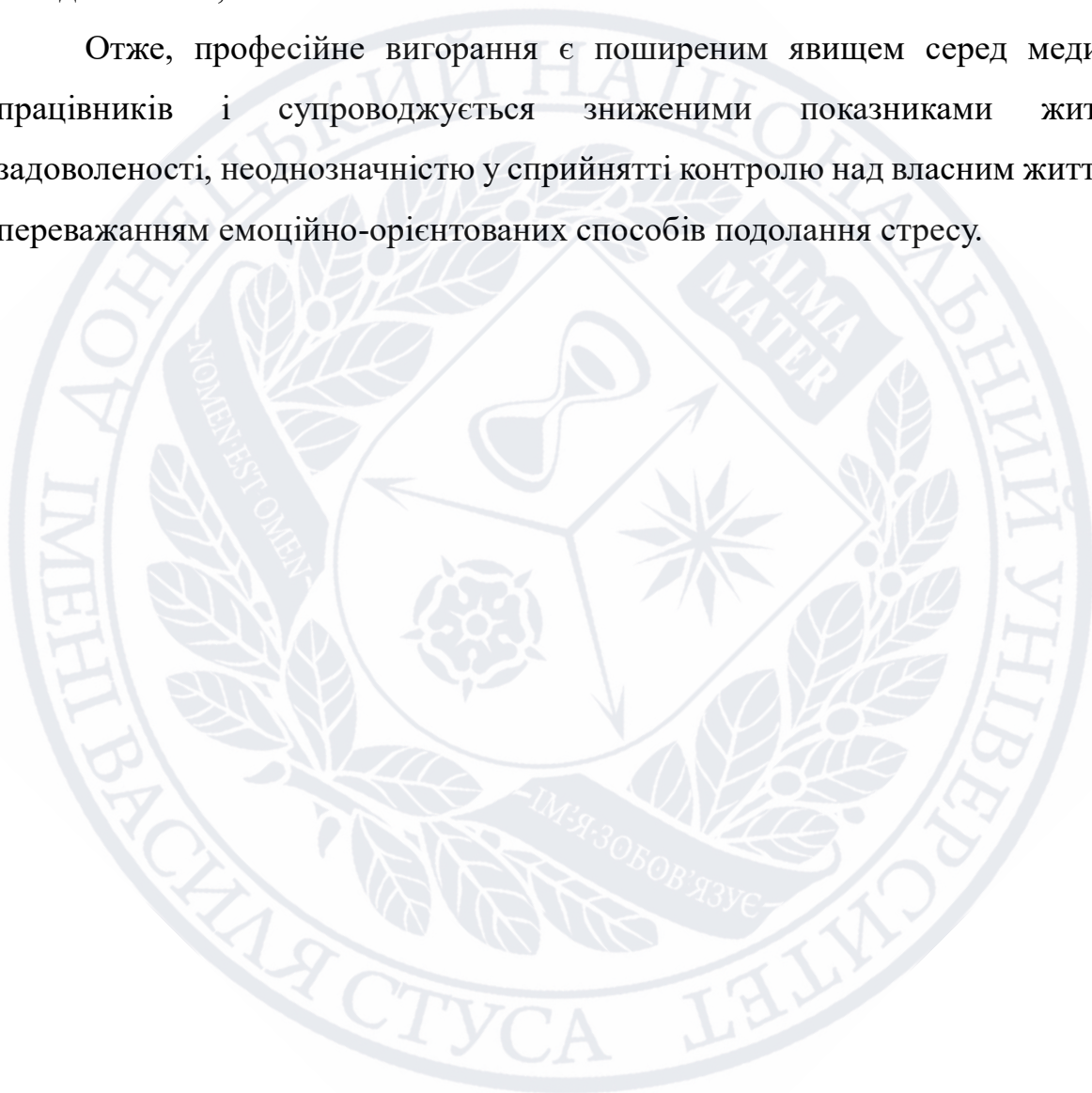
За результатами дослідження:

- низький рівень вигорання – 31,7%, середній рівень вигорання – 56,6%, високий рівень вигорання – 11,7%;
- низький рівень задоволеності власним життям – 18,3%, середній рівень задоволеності власним життям – 61,7%, високий рівень задоволеності власним життям – 20%; низький рівень невдоволеності собою та розчарування в житті – 26,7%, середній рівень невдоволеності собою та розчарування в житті – 53,3%, високий рівень невдоволеності собою та розчарування в житті – 20%; низький рівень задоволеності відносинами з іншими – 23,3%, середній рівень задоволеності відносинами з іншими – 46,7%, високий рівень задоволеності відносинами з іншими – 30%;
- низький рівень внутрішнього локус контролю – 23,3%, середній рівень внутрішнього локус контролю – 40%, високий рівень внутрішнього локус контролю – 36,7%; низький рівень контролю «могутніми іншими» – 31,7%, середній рівень контролю «могутніми іншими» – 50%, високий рівень контролю «могутніми іншими» – 18,3%; низький рівень контролю випадку – 25%, середній рівень контролю випадку – 51,7%, високий рівень контролю випадку – 23,3%;

- низький рівень позитивного ментального здоров'я – 11,7%, середній рівень позитивного ментального здоров'я – 50%, високий рівень позитивного ментального здоров'я – 28,3;

- уникнення – 23,3%, емоційне реагування – 50%, вирішення завдання – 26,7%.

Отже, професійне вигорання є поширеним явищем серед медичних працівників і супроводжується зниженими показниками життєвої задоволеності, неоднозначністю у сприйнятті контролю над власним життям та переважанням емоційно-орієнтованих способів подолання стресу.



РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Теоретико-методологічні засади програми психопрофілактики та психокорекції професійного вигорання медиків

Розглянутий у попередньому розділі аналіз феномену професійного вигорання медичних працівників, а також факторів, що зумовлюють його виникнення та динамічний розвиток, було покладено в основу розробленої тренінгової програми.

Мета програми – зниження рівня професійного вигорання медичних працівників шляхом формування навичок емоційної саморегуляції, стресостійкості, розвитку конструктивних копінг-стратегій та відновлення ресурсу професійної мотивації.

Завдання програми:

1. Підвищити обізнаність учасників щодо психологічної природи професійного вигорання, його стадій і проявів.
2. Сформувати вміння розпізнавати власні прояви стресу та емоційного виснаження.
3. Розвинути навички конструктивного подолання стресових ситуацій та саморегуляції.
4. Посилити усвідомлення власних професійних цінностей та значущості особистісних ресурсів.
5. Сприяти відновленню емоційного балансу через використання арт-терапевтичних технік.

Програма розрахована на 6 занять, тривалістю 90 хвилин кожне. В основу роботи покладено принципи групової динаміки, активного навчання та інтерактивної взаємодії.

У процесі реалізації було використано такі методи: інтерактивні вправи, групова дискусія, психоедукація, арт-терапевтичні техніки (малювання, колажування, робота з метафоричними зображеннями), тілесно-орієнтовані методи, релаксаційні та дихальні практики, елементи когнітивно-поведінкової терапії.

Цілі тренінгу:

1. Зміцнити психологічну стійкість персоналу та зменшити ризики емоційного виснаження.
2. Розвинути навички управління емоційними станами в умовах професійного навантаження.
3. Підвищити рівень усвідомленості та відповідальності за власне психічне благополуччя.
4. Сприяти формуванню підтримувального мікроклімату серед членів колективу.

Сприятливу атмосферу для навчання у тренінговій групі було забезпечено за допомогою дотримання правил тренінгової взаємодії кожним учасником:

1. Конфіденційність та взаємоповага.
2. Активність і добровільність участі.
3. Недопущення критики особистісних висловлювань інших учасників.
4. Забезпечення безпечного простору для висловлення власного досвіду та емоцій.

Заняття відбувалися один раз на тиждень для кожної групи. Як засвідчує практика, такий часовий проміжок є оптимальним для досягнення мети психотренінгу, оскільки дає змогу учасникам інтегрувати набуті навички у професійну діяльність між зустрічами.

Основний зміст програми подано в табл. 3.1. Орієнтовний зміст занять програми міститься в додатках (Додаток Ж).

Таблиця 3.1 - Програма психопрофілактики та психокорекції професійного вигорання медичних працівників

Назва заняття	Мета заняття	Назва вправи	Мета вправи	Час
1	2	3	4	5
1. Усвідомлення природи професійного вигорання	Підвищити обізнаність щодо сутності, симптомів та чинників професійного вигорання	Вправа «Коло очікувань»	Виявлення очікувань, налаштування на роботу в групі	15 хв.
		Міні-лекція «Професійне вигорання: міфи та реальність»	Формування розуміння структури й проявів вигорання	20 хв.
		Вправа «Мій рівень напруження»	Самодіагностика емоційного стану	20 хв.
		Вправа «Ресурси і виснажувачі»	Усвідомлення факторів власного виснаження	15 хв.
		Рефлексивне коло	Підсумування та вербалізація досвіду	20 хв.
2. Стрес і його вплив на професійну діяльність	Сформувати розуміння стресових механізмів і власних реакцій	Вправа «Стресовий термометр»	Ідентифікація тригерів стресу	15 хв.
		Психоедукація «Фізіологія стресу»	Усвідомлення тілесних реакцій на стрес	20 хв.
		Вправа «Моє тіло говорить»	Навчання розпізнаванню тілесних сигналів	15 хв.

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4	5
		(тілесно-орієнтована)		
		Вправа «Баланс напруги» (дихальна техніка)	Зняття психофізіологічного напруження	10 хв.
		Вправа «М'язова енергія»	Розслаблення м'язів тіла та зняття психоемоційної напруги.	15 хв.
		Вправа «Асоціація»	Дослідження та структурування спонтанних асоціацій, які пов'язані з темою «робота», для кращого розуміння ставлення учасників до роботи, їх мотивацій та потенційних бар'єрів.	15 хв.
3. Розвиток навичок емоційної саморегуляції	Навчити технік управління емоційними станами	Вправа «Емоційна мапа»	Упізнавання емоцій і їхніх проявів	15 хв.
		Вправа «Пауза та дія» (КПТ-техніка)	Формування навички зупинки імпульсивних реакцій	15 хв.
		Вправа «Кольори мого настрою» (арт-терапія)	Безпечна емоційна експресія	20 хв.

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4	5
		Техніка релаксації «Спокійне дихання»	Стабілізація емоційного стану	20 хв.
		Вправа «Маска гніву»	Зниження рівня гніву та напруги через усвідомлене напруження та розслаблення м'язів обличчя.	10 хв.
		Вправа «Мобілізує сили»	Підвищення рівня енергії та покращити емоційний стан	10 хв.
		Вправа «Мої копінги: ефективні та неефективні»	Усвідомлення власних способів реагування	25 хв.
4. Конструктивні копінг-стратегії	Формування навичок конструктивного подолання стресу	Міні-лекція «Адаптивні копінг-стратегії»	Розширення репертуару копінгів	15 хв.
		Вправа «Карта рішень»	Формування алгоритмів поведінки у складних ситуаціях	10 хв.
		Вправа «Три кроки допомоги собі»	Застосування навичок самопомоги	20 хв.
		Вправа «Чарівний магазин»	Концентрація на проблемах ієрархії внутрішніх цінностей	10 хв.

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4	5
		Міні-лекція на тему «Причини професійного вигорання»	Систематизація та поглиблення знань щодо основних індивідуальних, професійних та організаційних причин розвитку професійного вигорання.	10 хв.
5. Професійні цінності та внутрішні ресурси	Відновити відчуття професійної мотивації та усвідомлення значущості власної діяльності	Вправа «Мої професійні сенси»	Усвідомлення цінностей у професії.	20 хв.
		Вправа «Дерево ресурсів» (арт-терапія)	Виявлення та зміцнення особистісних ресурсів.	15 хв.
		Вправа «Скринька підтримки»	Формування індивідуального набору ресурсних практик.	15 хв.
		Вправа «Сонечко Компліментів»	Підвищення рівня самооцінки та впевненості у собі.	20 хв.
		Вправа «Що робить мене вразливим»	Усвідомлення індивідуальних психологічних та професійних факторів, які підвищують ризик	10 хв.

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4	5
			емоційного виснаження.	
		Вправа «Психологічна дистанція»	Уміння застосовувати техніку психологічного відсторонення в ситуаціях підвищеного емоційного напруження; формування навичок зменшення внутрішнього залучення до стресових подразників.	10 хв.
6. Відновлення балансу та завершення програми	Інтегрувати отримані навички та сформувати стратегії подальшої самопідтримки	Вправа «Колесо балансу життя»	Аналіз сфер життя, які потребують уваги.	20 хв.
		Вправа «Мій план стійкості»	Створення індивідуальної програми профілактики вигорання.	15 хв.
		Вправа «Теплі слова собі» (позитивна рефлексія)	Посилення самоцінності та завершення терапевтичного циклу.	15 хв.

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4	5
		Вправа «Схованка скарбів»	Дослідження та усвідомлення особистістю цінностей та внутрішніх ресурсів, що дають відчуття щастя та самореалізації.	20 хв.
		Вправа «Від щирого серця»	Зміцнення зв'язків в групі та створити атмосферу взаємної підтримки та доброзичливості за допомогою обміну щирими побажаннями.	10 хв.
		Ритуал завершення	Підведення підсумків, отримання зворотного зв'язку	10 хв.

Запропонована програма психопрофілактики та психокорекції професійного вигорання медичних працівників є комплексною та багаторівневою системою психологічного впливу, спрямованою на зниження емоційного виснаження, формування адаптивних копінг-стратегій і зміцнення внутрішніх ресурсів фахівців. Зміст програми структурується у шість тематично завершених блоків, кожен із яких послідовно сприяє підвищенню усвідомленості, розвитку навичок емоційної саморегуляції та відновленню професійної мотивації.

Таким чином, програма охоплює як когнітивні, емоційні, так і поведінкові аспекти профілактики професійного вигорання. Її багатокомпонентність, поступовість та поєднання різних психотехнік забезпечують цілісне впливове середовище, яке сприяє підвищенню психологічної стійкості медичних працівників та запобігає розвитку симптомів емоційного виснаження в умовах інтенсивної професійної діяльності.

3.2. Оцінка ефективності програми психопрофілактики та психокорекції професійного вигорання медиків

Після завершення формувального етапу експерименту згідно з обраною стратегією дослідження постало завдання оцінки його ефективності та визначення особливостей динаміки досліджуваного феномену. З метою його реалізації в межах контрольного етапу досліджуванам ЕГ та КГ було повторно запропоновано комплекс діагностичних методик, сукупність результатів якого дозволила дослідити особливості професійного вигорання медпрацівників.

Методика «Дослідження синдрому вигорання» Дж. Грінберга. Результати проведеного дослідження в КГ та ЕГ серед медичних працівників представлені в табл. 3.2 та на Рис. 3.1.

Таблиця 3.2 – Розподіл показників дослідження синдрому вигорання у медпрацівників КГ та ЕГ

Рівень	КГ (n ₁ =30)				ЕГ (n ₂ =30)			
	До експерименту		Після експерименту		До експерименту		Після експерименту	
	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %
Низький	11	36,7	12	40	8	26,7	14	46,7
Середній	17	56,7	17	56,7	17	56,7	16	53,3
Високий	2	6,7	1	3,3	5	16,7	0	0

Згідно результатів представлених на Рис. 3.1 після повторного проведення діагностики в КГ значних змін не відбулося: низький рівень синдрому вигорання до експерименту – 36,7%, після – 40%; високий рівень синдрому вигорання до експерименту – 6,7%, після – 3,3%. Зміни, які відбулися мають більше ситуативний вплив, який пов'язаний більше з навколишнім середовищем.

На відміну від КГ, в ЕГ після впровадження психокорекційної програми спостерігається чітка та виражена позитивна динаміка. Зокрема, кількість учасників із низьким рівнем професійного вигорання зросла з 26,7% до 46,7%, що свідчить про активізацію внутрішніх ресурсів, підвищення стресостійкості та зменшення емоційного напруження. Частка медпрацівників із середнім рівнем вигорання зменшилася з 56,7% до 53,3%, а кількість осіб із високим рівнем вигорання з 16,7% до 0%, що є особливо значущим показником. Відсутність високих значень після завершення програми демонструє результативність корекційних заходів та ефективну дію методів арт-терапевтичної та психоедукативної спрямованості.

Провівши порівняльний аналіз між результатами дослідження до проведення експерименту і після за методикою «Дослідження синдрому вигорання» (Дж. Грінберг), за допомогою t-критерію Стюдента, було встановлено, що в ЕГ відбулися статистично значущі зміни ($t=2,41$; $p\leq 0,05$; $r_{xy}=0,46$), що свідчить про зниження проявів синдрому вигорання серед медичних працівників після впровадження програми. У КГ суттєвих змін не зафіксовано ($t=0,84$; $p>0,05$; $r_{xy}=0,12$), що підтверджує, що позитивна динаміка, виявлена в ЕГ, є результатом цілеспрямованої експериментальної роботи, а не впливу зовнішніх чинників.

Таким чином, отримані результати свідчать про ефективність впровадженої психокорекційної програми у медичних працівників експериментальної групи. Якщо у контрольній групі динаміка показників

майже не змінилася та має випадковий, ситуативний характер, то в експериментальній групі простежуються виражені позитивні зрушення, що вказує на зниження інтенсивності виражених симптомів емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень.

Отже, результати повторної діагностики підтверджують, що систематичне застосування психокорекційних заходів, побудованих на принципах арт-терапії, сприяє зменшенню проявів професійного вигорання та покращує психоемоційний стан медичних працівників. Це доводить доцільність використання програми у практиці психологічного супроводу фахівців медичної сфери.

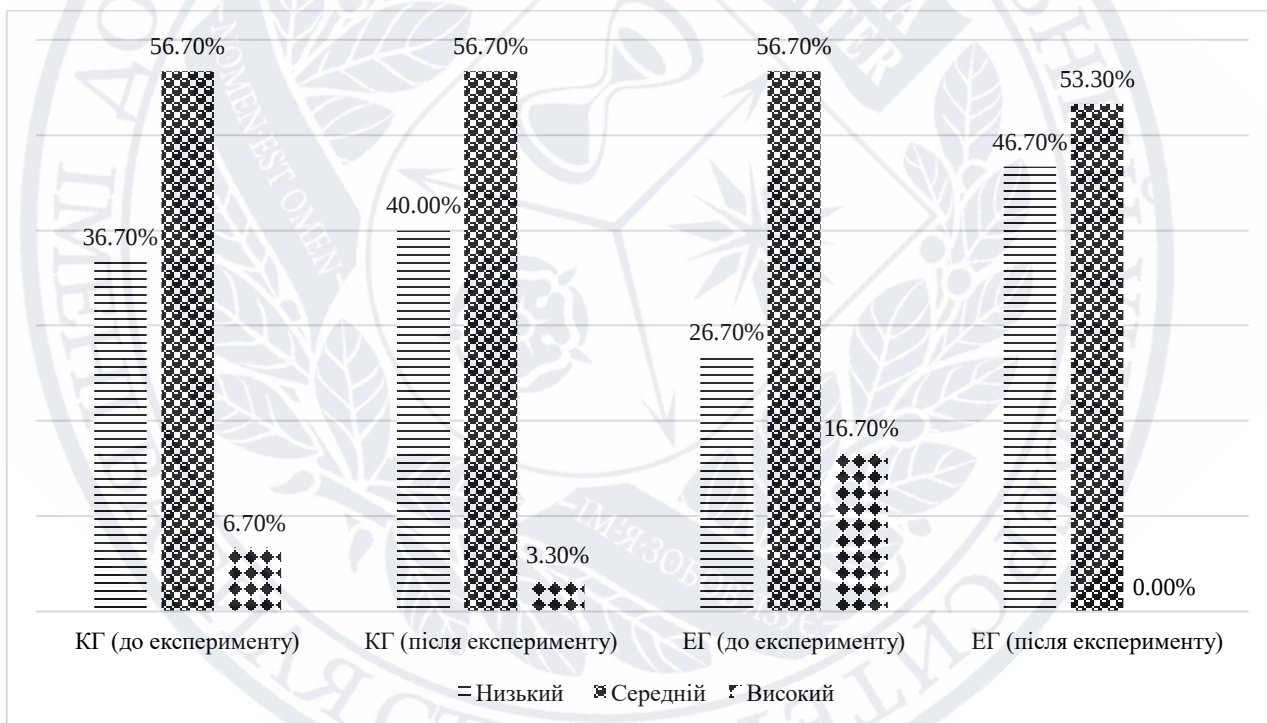


Рис. 3.1. Порівняльний аналіз дослідження синдрому вигорання до та після проведення експерименту

Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-З)» (О. Калюк, О. Савченко). Результати повторної діагностики суб'єктивного благополуччя медичних працівників КГ представлені у табл. 3.3.

Таблиця 3.3 – Розподіл показників дослідження когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя у медпрацівників КГ ($n_1=30$)

Шкала	До експерименту						Після експерименту					
	Низький		Середній		Високий		Низький		Середній		Високий	
	Абс. к- сть	У %	Абс. к- сть	У %	Абс. к- сть	У %	Абс. к- сть	У %	Абс. к- сть	У %	Абс. к- сть	У %
Задоволеність власним життям	4	13,3	19	63,3	7	23,3	4	13,3	19	63,3	7	23,3
Невдоволеність собою та розчарування в житті	9	30	16	53,3	5	16,7	10	33,3	15	50	5	16,7
Задоволеність відносинами з іншими	6	20	14	46,7	10	33,3	6	20	14	46,7	10	33,3

Згідно з результатами, представленими у табл. 3.3, після проведення експерименту у контрольній групі значних змін у показниках когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя не відбулося. Незначна зміна зафіксована лише за шкалою невдоволеності собою та розчарування в житті: частка досліджуваних із низьким рівнем зросла з 30% до 33,3%, тоді як частка зі середнім рівнем трохи зменшилася (з 53,3% до 50%). Однак такі коливання не є суттєвими та можуть пояснюватися випадковими ситуативними чинниками, зокрема загальним емоційним станом учасників у момент повторної діагностики.

Для перевірки наявності статистично значущих змін у контрольній групі було застосовано t-критерій Стюдента для залежних вибірок. Порівняння показників до і після експерименту показало відсутність суттєвої динаміки за всіма трьома шкалами методики. Отримані значення t-критерію підтверджують, що у КГ зміни є несуттєвими та статистично незначущими: задоволеність власним життям $t = 0,17$; $p > 0,05$; $r = 0,03$; невдоволеність собою

та розчарування в житті $t = 0,52$; $p > 0,05$; $r = 0,09$.

Таким чином, у КГ рівень когнітивних компонентів суб'єктивного благополуччя залишився стабільним, а зафіксовані незначні коливання є випадковими та не пов'язані з впливом будь-якого психокорекційного чинника.

Отже, у контрольній групі не простежується динаміки, що могла б свідчити про вплив будь-якого цілеспрямованого психокорекційного втручання, що підтверджує стабільність вихідного рівня когнітивних складових суб'єктивного благополуччя у її учасників.

Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О. Калюк, О. Савченко). Результати повторної діагностики суб'єктивного благополуччя медичних працівників ЕГ представлені у табл. 3.4.

Таблиця 3.4 – Розподіл показників дослідження когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя у медпрацівників ЕГ ($n_2=30$)

Шкала	До експерименту						Після експерименту					
	Низький		Середній		Високий		Низький		Середній		Високий	
	Абс. к- сть	У %	Абс. к- сть	У %	Абс. к- сть	У %	Абс. к- сть	У %	Абс. к- сть	У %	Абс. к- сть	У %
Задоволеність власним життям	7	23,3	18	60	5	16,7	2	6,7	16	53,3	12	40
Невдоволеність собою та розчарування в житті	7	23,3	16	53,3	7	23,3	14	46,7	15	50	1	3,3
Задоволеність відносинами з іншими	8	26,7	14	46,7	8	26,7	2	6,7	14	46,7	14	46,7

За результатами представленими у табл. 3.4 в ЕГ після проведення тренінгової програми відбулися позитивні зміни в показниках: високий рівень

задоволеності власним життям до експерименту – 16,7%, після – 40%, середній рівень задоволеності власним життям до експерименту – 60%, після – 53,3%, низький рівень задоволеності власним життям до експерименту – 23,3%, після – 6,7%. Така динаміка вказує на формування більш позитивного ставлення до власного життя, підвищення відчуття реалізованості та загального життєвого задоволення.

Високий рівень невдоволеності собою та розчарування в житті до експерименту – 23,3%, після – 3,3%, середній рівень невдоволеності собою та розчарування в житті до експерименту – 53,3%, після – 50%, низький рівень невдоволеності собою та розчарування в житті до експерименту – 23,3%, після – 46,7%.

Високий рівень задоволеності відносинами з іншими до експерименту – 26,7%, після – 46,7%, низький рівень задоволеності відносинами з іншими до експерименту – 26,7%, після – 6,7%. Отримані результати свідчать про покращення якості соціальних контактів, підвищення довіри, відкритості та емоційної підтримки у професійному й побутовому середовищі.

Для оцінювання ефективності тренінгової програми в ЕГ було проведено порівняння результатів до і після психокорекційного втручання за допомогою t-критерію Стюдента. На відміну від КГ, в ЕГ виявлено статистично значущі позитивні зміни за всіма трьома шкалами методики: задоволеність власним життям $t=2,58$; $p\leq 0,05$; $r=0,43$, що свідчить про підвищення життєвої задоволеності та емоційного благополуччя. Невдоволеність собою та розчарування в житті $t=2,74$; $p\leq 0,05$; $r=0,46$ (спостерігається зниження негативних самооцінних переживань та рівня внутрішньої напруги). Задоволеність відносинами з іншими $t=2,21$; $p\leq 0,05$; $r=0,38$, що вказує на покращення соціальної взаємодії та зростання емоційної підтримки в оточенні.

Таким чином, отримані результати переконливо демонструють ефективність проведеної тренінгової програми, спрямованої на покращення

емоційного стану та соціального функціонування медичних працівників. Після формувального впливу в ЕГ зафіксовано суттєві позитивні зміни за всіма досліджуваними шкалами: зросла задоволеність власним життям, знизився рівень невдоволеності собою та внутрішнього розчарування, а також покращилася якість міжособистісних стосунків. Статистично значущі показники ($p \leq 0,05$) підтверджують, що виявлені зміни є не випадковими, а є прямим наслідком психокорекційного втручання.

Підвищення емоційного благополуччя, зростання соціальної підтримки та посилення конструктивного життєвого сприйняття вказують на формування більш адаптивних способів подолання професійного стресу. Це свідчить про здатність медичних працівників після проходження тренінгу ефективніше взаємодіяти з власними емоціями, зберігати психологічну рівновагу та будувати більш ресурсні стосунки з оточенням.

Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (К. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis). Результати повторної діагностики вимірювання локус контролю медичних працівників КГ представлені у табл. 3.5.

Таблиця 3.5 – Розподіл показників дослідження локус контролю здоров'я у медпрацівників КГ ($n_1=30$)

Шкала	До експерименту						Після експерименту					
	Низький		Середній		Високий		Низький		Середній		Високий	
	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %
Внутрішній локус контролю	8	26,7	10	33,3	12	40	7	23,3	11	36,7	12	40
Контроль «могутніми іншими»	11	36,7	14	46,7	5	16,7	11	36,7	14	46,7	5	16,7
Контроль випадку	8	26,7	16	53,3	6	20	8	26,7	16	53,3	6	20

Згідно з результатами, наведеними у табл. 3.5, повторне дослідження локусу контролю здоров'я у медичних працівників контрольної групи не засвідчило наявності суттєвих змін порівняно з первинними показниками. Зафіксована динаміка має незначний характер і, найімовірніше, пояснюється випадковими варіаціями або ситуативними факторами, такими як тимчасові коливання емоційного стану, зміни у професійному навантаженні чи індивідуальні особливості реагування.

Частка досліджуваних медпрацівників із низьким рівнем внутрішнього контролю дещо зменшилася – з 26,7% до 23,3%, натомість кількість медпрацівників із середнім рівнем зросла з 33,3% до 36,7%. Такі коливання не можна розглядати як системні, оскільки вони не формують чіткої тенденції та не свідчать про зміну базових переконань щодо власного впливу на стан здоров'я.

Порівняльний аналіз первинних і повторних результатів за t-критерієм Стюдента підтвердив відсутність статистично значущих відмінностей ($t = 0,71$; $p > 0,05$; $r_{xy} = 0,11$). Це дає підстави стверджувати, що в контрольній групі локус контролю здоров'я залишився відносно стабільним і не зазнав суттєвих трансформацій упродовж періоду експериментального дослідження.

Отже, результати повторної діагностики відображають природну стабільність цього психологічного конструкту у медичних працівників, які не були залучені до психокорекційної програми. Це повністю узгоджується з очікуваною динамікою для контрольної вибірки та підтверджує, що можливі коливання показників не є наслідком впливу експериментальних процедур і не мають системного характеру.

Опитувальник для вимірювання локусу контролю здоров'я (K. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis). Результати повторної діагностики вимірювання локусу контролю медичних працівників ЕГ представлені у табл. 3.6.

Таблиця 3.6 – Розподіл показників дослідження локус контролю здоров'я у медпрацівників ЕГ (n₂=30)

Шкала	До експерименту						Після експерименту					
	Низький		Середній		Високий		Низький		Середній		Високий	
	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %
Внутрішній локус контролю	6	20	14	46,7	10	33,3	4	13,3	13	43,3	13	43,3
Контроль «могутніми іншими»	9	30	15	50	6	20	12	40	15	50	3	10
Контроль випадку	7	23,3	15	50	8	26,7	12	40	14	46,7	4	13,3

Згідно з результатами, представленими у табл. 3.6, після впровадження психокорекційної програми в експериментальній групі відбулися позитивні зміни у структурі локусу контролю здоров'я, що свідчить про зростання відповідальності за власний стан здоров'я та зменшення орієнтації на зовнішні фактори.

Низький рівень внутрішнього локус контролю до експерименту – 20%, після – 13,3%, середній рівень внутрішнього локус контролю до експерименту – 46,7%, після – 43,3%, високий рівень внутрішнього локус контролю до експерименту – 33,3%, після – 43,3%. Ця динаміка відображає посилення переконань медичних працівників у тому, що саме вони є активними учасниками процесу, які впливають на власний стан здоров'я через поведінку, спосіб життя та відповідальне ставлення до самодопомоги.

Низький рівень контроль «могутніми іншими» до експерименту – 30%, після – 40%, високий рівень контроль «могутніми іншими» до експерименту – 20%, після – 10%. Це свідчить, що учасники стали менше покладатися на зовнішню підтримку та більше визнавати власний внесок у підтримання та відновлення здоров'я.

Низький рівень «контроль випадку» до експерименту – 23,3%, після – 40%, середній рівень «контроль випадку» до експерименту – 50%, після – 46,7%, високий рівень «контроль випадку» до експерименту – 26,7%, після – 13,3%. Це означає, що медичні працівники стали рідше приписувати стан свого здоров'я випадковості, фатальним обставинам чи неконтрольованим подіям. Така зміна свідчить про більшу автономність та впевненість у можливості впливати на життєві та професійні ситуації.

Провівши порівняльний аналіз результатів до та після проведення експерименту за допомогою t-критерію Ст'юдента, було виявлено, що в експериментальній групі відбулися статистично значущі зміни показників внутрішнього локусу контролю ($t=2,34$; $p\leq 0,05$; $r_{xy}=0,44$). За шкалою контролю «могутніми іншими» також зафіксовано істотні зміни у представників ЕГ ($t=2,18$; $p\leq 0,05$; $r_{xy}=0,41$). Зниження високих показників за цією шкалою свідчить про формування більшої автономності та зростання суб'єктивного відчуття контролю. Результати за шкалою «контроль випадку» демонструють найбільш виражені зміни в ЕГ ($t=2,57$; $p\leq 0,05$; $r_{xy}=0,49$). Зниження високих показників та зростання низького рівня контроль випадку свідчить про розвиток більшої впевненості у здатності впливати на події власного життя.

Отже, результати повторної діагностики засвідчили виражені позитивні зміни у локусі контролю здоров'я медичних працівників експериментальної групи. Учасники після проходження психокорекційної програми демонструють: зростання внутрішнього контролю, зниження залежності від зовнішніх авторитетів, зменшення віри у випадковість та некерованість власного здоров'я. Такі зміни вказують на підвищення відповідальності за власний фізичний і психічний стан, зміцнення психологічної автономії та формування більш зрілої позиції щодо здоров'я збережувальної поведінки. Це підтверджує ефективність запропонованої програми для розвитку особистісних ресурсів медичних працівників.

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E. Becker). Результати проведеної методики серед медичних працівників представлені у табл. 3.7 та на Рис. 3.2.

Таблиця 3.7 – Розподіл показників дослідження позитивного ментального здоров'я у медпрацівників КГ та ЕГ

Рівень	КГ (n ₁ =30)				ЕГ (n ₂ =30)			
	До експерименту		Після експерименту		До експерименту		Після експерименту	
	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %
Низький	5	16,7	5	16,7	8	26,7	1	3,3
Середній	15	50	14	46,7	15	50	15	50
Високий	10	33,3	11	36,7	7	23,3	14	46,7

Згідно з результатами представленими на Рис. 3.2 після проведення експерименту в КГ значних змін не відбулося: середній рівень позитивного ментального здоров'я до експерименту – 50%, після – 46,7%; високий рівень позитивного ментального здоров'я до експерименту – 33,3%, після – 36,7%.

На відміну від КГ, у ЕГ зафіксовано виражену позитивну динаміку. Зокрема, частка учасників з низьким рівнем позитивного ментального здоров'я зменшилася більш ніж у вісім разів – із 26,7% до 3,3%. Водночас кількість медичних працівників із високим рівнем цього показника зросла майже вдвічі – із 23,3% до 46,7%. Показники середнього рівня залишилися відносно стабільними (50% до експерименту і 50% після), однак їх перерозподіл у бік зростання високого рівня свідчить про загальне покращення психоемоційного стану учасників.

Провівши порівняльний аналіз результатів дослідження у контрольній та експериментальній групах до та після проведення психокорекційної програми

за допомогою t-критерію Стюдента, було встановлено такі закономірності.

У КГ суттєвих змін не виявлено ($t=0,91$; $p>0,05$; $r_{xy}=0,14$). Це підтверджує стабільність показників і відсутність будь-якої системної динаміки без цілеспрямованого психологічного впливу.

В ЕГ спостерігаються статистично значущі позитивні зміни за основними показниками ($t=2,57$; $p\leq 0,05$; $r_{xy}=0,48$). Це свідчить про ефективність запровадженої програми та підтверджує зменшення інтенсивності проявів досліджуваних характеристик: емоційного вигорання, підвищення емоційного інтелекту, зростання рівня емпатії – залежно від шкали, яку ти описуєш. Зміни, зафіксовані після експерименту, мають середню силу зв'язку, що підкреслює практичну значущість отриманих результатів.

Таким чином, підсумовуючи результати емпіричного дослідження, можна стверджувати, що запропонована корекційно-профілактична програма є ефективною для зміцнення позитивного ментального здоров'я медичних працівників. Саме в експериментальній групі спостерігається суттєве підвищення емоційної врівноваженості, розвиток внутрішніх ресурсів та покращення загального психологічного благополуччя, що свідчить про позитивний вплив програми на здатність фахівців протистояти професійним стресорам і зберігати психологічну стійкість.

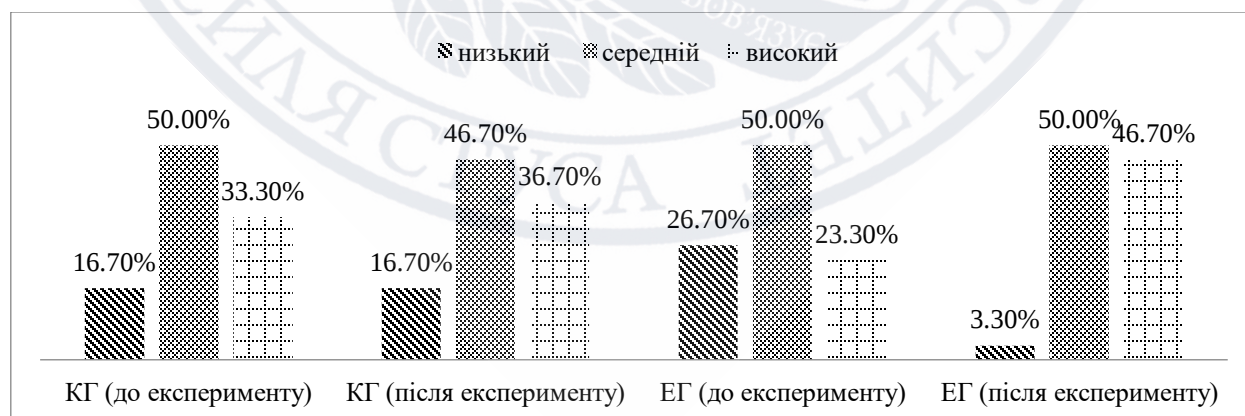


Рис. 3.3. Порівняльний аналіз дослідження позитивного ментального здоров'я у медичних працівників до та після проведення експерименту

Методика вивчення копінг-поведінки у стресових ситуаціях (С. Норманом, Д. Ендлером, Д. Джеймсом і М. Паркером). Результати проведеної методики серед медичних працівників представлені у табл. 3.8 та на Рис. 3.3.

Таблиця 3.8 – Розподіл показників дослідження копінг-поведінки у медпрацівників КГ та ЕГ

Шкала	КГ (n ₁ =30)				ЕГ (n ₂ =30)			
	До експерименту		Після експерименту		До експерименту		Після експерименту	
	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %	Абс. к-сть	У %
Уникнення	6	20	6	20	8	26,7	5	16,7
Емоційне реагування	15	50	13	43,3	15	50	4	13,3
Вирішення завдань	9	30	11	36,7	7	23,3	21	70

Згідно з результатами представленими на Рис. 3.3 після проведення експерименту в КГ значних змін не відбулося: емоційне реагування до експерименту – 50%, після – 43,3%, вирішення завдань до експерименту – 30%, після – 36,7%. Разом із тим ці зміни не є достатньо значущими, щоб свідчити про системне підсилення адаптивних стратегій.

В ЕГ відбулися позитивні зміни після проведення експерименту: уникнення до експерименту – 26,7%, після – 16,7%, що свідчить про зниження використання дезадаптивних форм реагування. Емоційне реагування до експерименту – 50%, після – 13,3%. Вирішення завдань до експерименту – 23,3%, після – 70%, що демонструє істотне переорієнтування медичних працівників на активне та раціональне подолання стресових ситуацій.

Провівши порівняльний аналіз між результатами дослідження копінг-поведінки до та після проведення формувального експерименту за допомогою t-критерію Стюдента, було встановлено такі закономірності.

У КГ суттєвих змін не виявлено ($t=0,88$; $p>0,05$; $r_{xy}=0,13$). Незначні коливання у показниках емоційного реагування та вирішення завдань не досягли статистичного рівня значущості, що свідчить про відсутність природної динаміки та стабільність копінг-поведінки без спеціального психологічного втручання.

В ЕГ відбулися статистично значущі позитивні зміни за ключовими шкалами методики ($t=2,63$; $p\leq 0,05$; $r_{xy}=0,47$). Зокрема, зафіксовано достовірне зниження показників уникнення та емоційного реагування, що вказує на скорочення використання дезадаптивних стратегій подолання стресу. Водночас спостерігається значне зростання показників за шкалою «Вирішення завдань», що відображає переорієнтацію учасників на активні, конструктивні способи додання складних ситуацій. Отриманий ефект має середню силу зв'язку, що підтверджує практичну значущість впливу тренінгової програми.

Отже, проведене формувальне дослідження показало, що впроваджена програма сприяла істотному зниженню дезадаптивних копінг-стратегій та посиленню конструктивних, проблемно-орієнтованих способів подолання стресу у медичних працівників експериментальної групи.

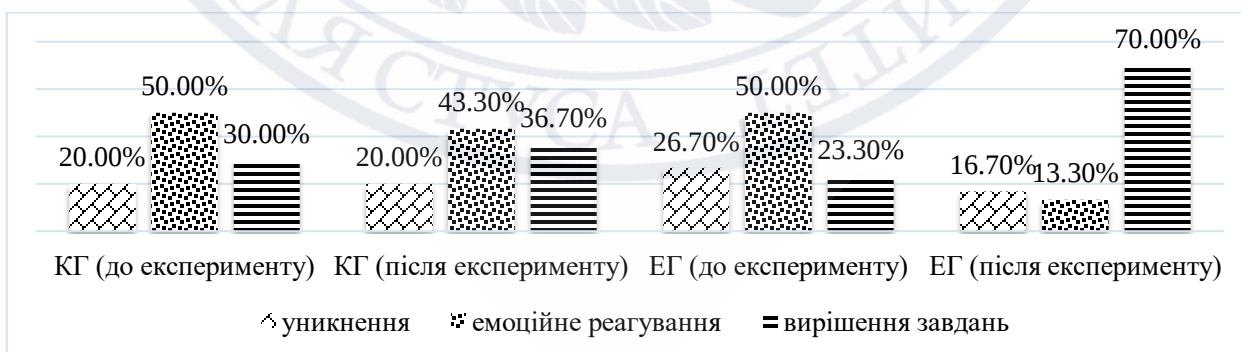


Рис. 3.3. Порівняльний аналіз дослідження копінг-поведінки в медичних працівників до та після проведення експерименту

Таким чином, результати формувального експерименту підтверджують ефективність розробленої психокорекційної програми, спрямованої на зменшення проявів професійного вигорання та підвищення рівня позитивного ментального здоров'я медичних працівників. В ЕГ зафіксовано статистично значущі покращення за всіма ключовими показниками, тоді як у КГ суттєвих змін не відбулося. Отримані дані свідчать про формування більш адаптивних копінг-стратегій, зниження емоційного виснаження та підвищення здатності до конструктивного подолання стресу. Це підтверджує доцільність і практичну цінність впровадженої програми в роботі з медичними працівниками. Отже, застосовані психокорекційні заходи можуть бути рекомендовані для подальшого використання у системі психологічного супроводу фахівців медичної сфери.

Висновки до розділу 3

Експериментально дослідивши особливості професійного вигорання медичних працівників у другому розділі магістерської роботи, було прийнято рішення здійснити впровадження програми психопрофілактики та психокорекції професійного вигорання медичного персоналу. При побудові психологічного тренінгу була чітко сформульована мета й завдання, визначено методи та засоби корекційного впливу, а також описано очікувані результати.

Мета розробленої тренінгової програми полягала у зниженні рівня проявів професійного вигорання, активізації внутрішніх ресурсів медичних працівників, підвищенні їхньої стресостійкості та формуванні більш конструктивних копінг-стратегій у професійній діяльності.

У процесі тренінгу застосовувалися методи групової дискусії, арт-терапевтичні техніки, вправи на релаксацію та саморегуляцію, рольові та ситуаційні ігри, спрямовані на розвиток емоційної компетентності та поліпшення навичок міжособистісної взаємодії.

Результати вивчення ефективності проведеного психологічного тренінгу показали, що в експериментальній групі відбулося суттєве зниження рівнів емоційного виснаження, деперсоналізації та підвищення показників професійної ефективності порівняно з контрольною групою. Це свідчить про ефективність застосованих психокорекційних методів, позитивний вплив тренінгових занять на психоемоційний стан, загальне самопочуття та професійну мотивацію медичного персоналу.

Отже, аналізуючи ефективність проведеної роботи, можемо стверджувати, що запропонована програма довела свою результативність та може бути рекомендована для практичного використання у системі психологічного супроводу медичних працівників, а також у діяльності медичних установ, спрямованій на профілактику професійного вигорання й підтримку психічного здоров'я персоналу.

ВИСНОВКИ

Відповідно до проведеного дослідження було сформульовано такі висновки:

1. Професійне вигорання являє собою складний комплекс емоційного, фізичного та психічного виснаження, що розвивається під впливом тривалого та інтенсивного професійного стресу. Цей стан формується внаслідок хронічних перевантажень, недостатнього відновлення ресурсів та відсутності належної соціальної чи організаційної підтримки. У результаті працівник поступово втрачає внутрішню мотивацію, відчуття задоволення від професійної діяльності, а ефективність роботи помітно знижується.

Професійне вигорання медичних працівників має особливо виражений характер, оскільки їхня діяльність пов'язана з високим рівнем відповідальності, постійним контактом із людським болем та стражданнями, емоційно напруженими ситуаціями та дефіцитом часу на відпочинок. Нерідко медики стикаються з моральними дилемами, необхідністю швидкого прийняття рішень і високими навантаженнями, що підсилює ризик розвитку вигорання. У таких умовах емоційне виснаження, деперсоналізація та зниження професійних досягнень формуються значно швидше і можуть негативно впливати як на якість медичних послуг, так і на загальне психічне благополуччя фахівців.

Професійне вигорання є актуальною та багатофакторною проблемою, яка особливо гостро проявляється у медичній сфері. Високі навантаження, емоційне напруження та постійний стрес роблять медичних працівників вразливою групою ризику.

2. За результатами психодіагностичного дослідження було виявлено: рівень професійного вигорання: низький – 31,7%, середній – 56,6%, високий – 11,7%; рівень задоволеності життям: низький – 18,3%, середній – 61,7%, високий – 20%; рівень невдоволеності собою та розчарування життям: низький

– 26,7%, середній – 53,3%, високий – 20%; задоволеність міжособистісними стосунками: низький – 23,3%, середній – 46,7%, високий – 30%; локус контролю: внутрішній – низький 23,3%, середній 40%, високий 36,7%; контроль «могутніми іншими» – низький 31,7%, середній 50%, високий 18,3%; контроль випадку – низький 25%, середній 51,7%, високий 23,3%; позитивне ментальне здоров'я: низький – 11,7%, середній – 50%, високий – 28,3%; переважні копінг-стратегії: уникнення – 23,3%, емоційне реагування – 50%, вирішення завдання – 26,7%.

Отже, отримані результати свідчать, що професійне вигорання є широко поширеною проблемою серед медичних працівників, а більшість із них перебувають на середньому рівні ризику. Вигорання супроводжується помірно зниженими показниками життєвої задоволеності, нестійким відчуттям контролю над власним життям та домінуванням емоційно-орієнтованих стратегій подолання стресу.

3. Експериментально дослідивши професійне вигорання медичних працівників було прийнято рішення провести тренінг в експериментальній групі, який спрямований на профілактику та корекцію професійного вигорання медичних працівників засобами арт-терапії. При побудові психологічного тренінгу була сформована мета та завдання, визначені методи та засоби корекції, описані очікувані результати.

У результаті проведеної психокорекційної роботи досліджувані, як експериментальної так і контрольної груп, не піддавалися ніякому впливу зі сторони психолога-експериментатора упродовж 6 тижнів. Цей час потрібен для усвідомлення педагогами інформації отриманої під час тренінгу, впровадження отриманих навиків у життя, отримання перших позитивних результатів свого нового зразку поведінки.

Задля оцінки ефективності тренінгу було проведено повторний зріз за тими ж методиками в експериментальній та контрольній групах. Задля

визначення наявності статистичних відмінностей було використано t-критерій Стьюдента, що досліджує значущість відмінностей між середнім значення двох вибірок.

Результати дослідження ефективності проведеного психологічного тренінгу виявилися наступними: в експериментальній групі значно знизився рівень стресу, виснаження, деперсоналізації, підвищився рівень волевої організації особистості та комунікативних навичок, що свідчить про правильний добір методів та методик психокорекційної роботи.

Отже, аналізуючи ефективність проведеної роботи можна стверджувати що дана програма довела свою ефективність та може використовуватися практичним психологом з метою зниження професійного вигорання у медичних працівників.

Результати емпіричного дослідження підтвердили гіпотезу, що була висунута на початку дослідження.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні специфіки копінг-стратегій у медичних працівників, які працюють у різних умовах (стаціонар, невідкладна допомога, амбулаторія), для розробки більш таргетованих програм профілактики вигорання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аймедов К. В. Синдром емоційного вигорання у лікарів-хірургів в залежності від професійного стажу. *Психічне здоров'я: матеріали I наук. практ. конф.* Запоріжжя, 2015. С. 7-9.
2. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2021. С. 1-14.
3. Афанасьєва Н. Є., Чонговай Ю. М. Арт-терапія як засіб корекції професійного вигорання медичних працівників. *Модернізація та сучасні українські і світові наукові дослідження: матеріали IX Міжнародної студентської наукової конференції.* Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2025. С. 420-423
4. Афанасьєва Н. Є., Чонговай Ю. М. Особливості професійного вигорання медичних працівників. *Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, 13-14 листопада 2025 р. / за ред. проф. В. А. Оверчук.* Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2025. С. 288-292
5. Барабанова М. В. Вивчення психологічного змісту синдрому «емоційного вигорання». *Вісник МГУ. Сер. 14, Психологія.* 2010. №1. С. 54-58.
6. Булатевич Н. М. До проблеми психічного вигорання. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка.* Київ, 2002. Вип. 12–13. С. 121–124.
7. Булатевич Н. М. Психічне вигорання у професійній діяльності вчителя: огляд зарубіжних концепцій. *Сучасні освітні технології.* Вип.15–16. 2013. С. 117– 120
8. Василькевич Х. М. Трудоголізм як чинник виникнення синдрому психічного вигорання психолога. *Науковий часопис.* Вип.19. С. 21–24.

9. Ващенко І. В. Про деякі показники емоційного вигорання працівників ОВС. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Х., 2007. Вип. 23. С. 44–52.
10. Галецька І. І. Особливості емоційного вигорання менеджерів з різним рівнем самоактуалізації. *Актуальні проблеми психології*. К., 2007. Т.5. С. 89–95.
11. Гнускіна Г. В. Професійне вигорання підприємців: зв'язок із соціальнопсихологічними установками. *Організаційна психологія. Економічна психологія: Науковий журнал*. – 2015. – № 3. – С.30-37.
12. Гнускіна Г. В. Психологічні особливості підприємницької діяльності: оцінка підприємцями змісту, основних мотивів, позитивних та негативних сторін підприємницької діяльності. *Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С.. К., 2012. Т.1. Ч.35. С.107-111.*
13. Говорун М. В. Проблема «професійного вигорання»: порівняльний аналіз різних професійних груп. *Збірник наукових праць*. Кам'янець–Подільський, 2008. С. 52–55.
14. Головенко Х. В., Сопель О. М. Розширення синдрому емоційного вигорання в медичному персоналі і фактори, які спричиняють його розвиток. *Медсестринство: журнал* № 1, 20 листопада 2015. Вінниця С. 51- 53.
15. Гончарук Н. М. Соціально-психологічний тренінг як метод формування навичок саморегуляції у педагогів з синдромом психоемоційного. *Збірник наукових праць*. Кам'янець–Подільський, 2009. Вип. 11. С. 135–141.
16. Гребенюк Т. М. Арт-терапія як метод профілактики професійного вигорання у фахівців соціономічних професій. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2021. Т. 3, вип. 8. С. 54–59.
17. Данчук Ю. П. Психологічні особливості професійного вигорання педагогів та засоби його профілактики. Навчання, виховання та розвиток у

контексті життєвих перспектив особистості: зб. матеріалів Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. з міжнар. участю. Бердянськ, 2019. С. 40–43

18. Жогно Ю. П. Психологічні особливості емоційного вигорання педагогів: дис. кандидата екон. наук: 19.00.07. Одеса, 2009. 249 с.

19. Зайчикова Т. В. Взаємозв'язок між синдромом «емоційного вигорання» та особистісними факторами. Актуальні проблеми психології. Вип. 26. Т.2. 2015. С. 107–114.

20. Зайчикова Т.В. Чинники прояву та передумови формування синдрому «професійного вигорання» у вчителів. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки : зб. наук. праць. Київ, 2020. Вип. 11 (56), С. 57–56

21. Островський М. М. Синдром професійного «вигорання» в сімейній медицині: шляхи діагностики та профілактики. *Практична медицина*. 2008. С. 13–19

22. Матвієнко О. М. Культура здоров'я персоналу та синдром психоемоційного «вигорання»: стратегія і тактика подолання. *Персонал*. 2007. №1. С. 13–16.

23. Карамушка Т., Карамушка Л., Вісіч О. Особливості професійного вигорання персоналу реабілітаційних центрів для поранених військових. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2024. № 32(2), С. 59-69.

24. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: методичні рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. 48 с.

25. Карамушка Л. Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти, стратегії та програми забезпечення. *Psychological Journal*. 2021. № 7(5). С. 26–37.

26. Карамушка Л. М. Психологічні особливості професійного стресу у працівників медичних установ. Блиц-Інформ, 2009. С. 88-93.
27. Карамушка Л. М. Психологічні чинники професійного вигорання працівників державної фіскальної служби України: монографія. Кам'янець-Подільський. Медобори-2006, 2015. 250 с.
28. Карамушка Л. М., Гнускіна Г. В. Психологія професійного вигорання підприємців: монографія. Київ: Логос, 2018. 198 с.
29. Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. Вплив синдрому «професійного вигорання» на професійну діяльність вчителя. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2024. № 1(4). С. 45–53
30. Коваль І. А., Ларін О. С. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Том 9, № 2
31. Кононенко О. І. Вплив перфекціонізму особистості на виникнення емоційного вигорання. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. №2, Т.1. 2014. С. 81-85.
32. Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медсестринство*. 2019. № 3. С. 39 – 41.
33. Лазуренко О. О., Тертична Н. А. Фаховий досвід та професійне вигорання медичних працівників. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 2018, № 25 (1), P. 129–134.
34. Лисенко О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. Актуальні проблеми психології. Київ, 2016. Том 1, №45
35. Лотоцька-Голуб Л. Л. Соціально-психологічні чинники резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів: дис. канд. психол. наук: 19.00.05. Київ, 2016. 258 с.

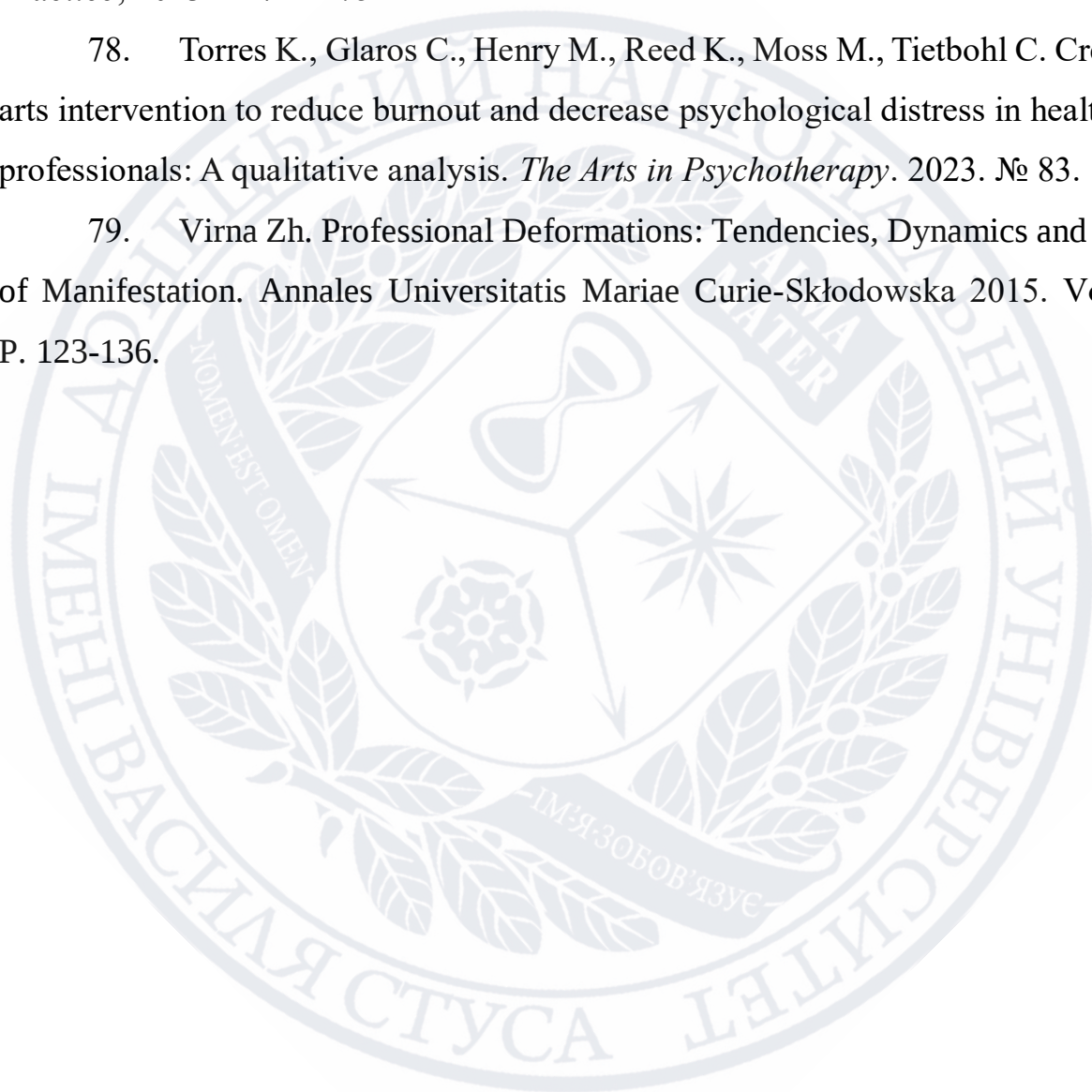
36. Максименко С. Д. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: навч. посіб. для студ. вищ. закл. Та слухачів ін-тів післядипломної освіти. Київ: Міленіум, 2004. 264 с.
37. Маркова М. В., Григоренко А. А. Зміни рівня психологічної травматизації медичного персоналу, що працює в м. Харкові в умовах війни, за період 2022–2023 рр. Психологічне здоров'я персоналу організацій в умовах воєнного стану: зб. тез доп. наук.-практ. конф.. Харків: НУЦЗУ, 2023.
38. Моляко В.О. Психологічна готовність до творчої праці. Вісник НАПН України. Київ, 2022. С. 1-6.
39. Міщенко М. С. Особливості дослідження синдрому емоційного вигорання за допомогою методики «діагностика рівня емоційного вигорання». *Young Scientist*. 2015. № 4 (19). С. 103–105.
40. Назарук Н. В. Психологічні засоби профілактики «професійного вигорання» вчителя: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Івано-Франківськ, 2007. 320 с.
41. Оршанська Л. Л. Арт-терапія в сучасній психологічній практиці: можливості застосування та ефективність. *Психологія і суспільство*. 2020. Т. 3. С. 78–84.
42. Островський М. М. Синдром професійного «вигорання» в сімейній медицині: шляхи діагностики та профілактики. *Практична медицина*. 2008. Т.14. №4. С. 13–19.
43. Павленко В. В. Психологічний зміст синдрому «професійного вигорання» у вчителя. *Актуальні проблеми психології*. 2002. С. 243–250.
44. Паніна Н. В., Карамушка Л. М. Психологічне забезпечення професійної діяльності: теорія і практика. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019. 164 с.

45. Савченко О. В., Калюк, О. О. Структура суб'єктивного благополуччя студентів. Організаційна психологія. *Економічна психологія*. 2021. С. 61-67
46. Тімченко О. В. Система психологічного супроводу професійної діяльності фахівців екстремального профілю: монографія. Харків: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 436 с.
47. Тимофєєва Т. О. Залежність синдрому емоційного вигорання від особистісних особливостей у медичних працівників. *Актуальні проблеми психології*. 2007. Вип.7 С. 293–299.
48. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Кропивницький, 2018. 160 с.
49. Харенко С. Г. Вплив контрпереносу на психічне вигорання психолога у психокорекційній роботі з підлітками. Науковий часопис. К., 2007. Вип. 19 (43). С. 138–143.
50. Цюприк А., Федорович С. Профілактика емоційного вигорання студентів-психологів. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2019. С. 160-170.
51. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 2022. (4) С. 1-11
52. Федоришин Г. М., Кицмен Н. З. Соціально-психологічні чинники професійного вигорання персоналу Державної служби України з надзвичайних ситуацій Соціально-правові студії. 2020. Випуск 2 (8). С. 178–185
53. Юрков О. С. Психологія професійної діяльності та психологічна діагностика організацій: навчальний посібник. Мукачєво: МДУ, 2017. 116 с.

54. Bauer J. Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006. № 79. P. 199–204.
55. Bourgault D. Burnout or Dying of Exhaustion like a Chameleon on a Kilt. *The Social Worker*. 1982. V.50. №3. P. 32–34.
56. Burisch M. Das Burnout-Syndrome. *Theorie der inneren Erschoepfung*. Berlin: Springer, 2011. P. 218
57. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior*. 2021. Vol. 13 (1). P. 1-11.
58. De Hert S. Burnout in healthcare workers: prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*. 2020. №. 13. P. 171-183.
59. Deci E. L., Ryan R. M. Self-determination research: reflections and future directions. *Handbook of selfdetermination research*. Rochester (NY.): University of Rochester Press, 2002. P. 431–441
60. Dierendonck D., Schaufeli W. B., Sixma H. J. Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1994. №13. C. 86–100
61. Freudenberger H. J. Counseling and dynamics: treating the end-stage person. *The Burnout Syndrome*. Park Ridge: London House Press, 2018.
62. Freudenberger H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974. P. 159–166.
63. Green D. E. The three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory: A multicultural, multinational confirmatory study. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1991. Vol. 6 (3). P. 453–472.
64. Hisrich R.D. Entrepreneurship / Intrapreneurship. *American Psychologist*. 2016. № 45. P. 209–222.
65. Kondo K. Burnout syndrome II. *Asian Medical Journal*. 1991. №34(11). P. 26–29.

66. Maher E. L. Burnout and commitment: A theoretical alternative. *Personnel and Guidance Journal*. 1983. Vol. 61. P. 390–393.
67. Maslach C. Jackson S. E. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 1981. P. 99-113
68. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001. №. 52. P. 397–422
69. McNi S. Art as Medicine: Creating a Therapy of the Imagination. Boston: Shambhala Publications, 2004. 304 p.
70. Mealer M. L., Shelton A., Berg B., Rothbaum B., Moss M. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2007. № 175(7). C. 693–697.
71. Moss M., Good V. S., Gozal D., Kleinpell R., Sessier C. N. A critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care health-care professionals, a call for action. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2016. № 194(1). C. 106–113.
72. Perlman B., Hartman E. Burnout: Summary and future research. *Human Relations*. 2020. Vol. 35, №. 4. P. 283–305
73. Reed K., Cochran K. L., Edelblute A., Manzanares D., Sinn H., Henry M., Moss M. Creative arts therapy as a potential intervention to prevent burnout and build resilience in health care professionals. *AACN Advanced Critical Care*. 2020. № 31(2). P. 179–190.
74. Rumelt R. P. Theory, Strategy and Entrepreneurship. *The Competitive Challenge for Industrial Innovation and Renewal*. Cambridge: Ballinger, 2008. P. 137.
75. Rupert P., Morgan, D. Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2016. P. 544–550.

76. Schaufeli W. B. The burnout companion to study & practice; a critical analysis. L.: Taylor and Francis, 2019. P. 77–85.
77. Suran B., Sheridan E. Management of burnout: Training psychologists in professional life span perspectives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2023. P. 741– 752.
78. Torres K., Glaros C., Henry M., Reed K., Moss M., Tietbohl C. Creative arts intervention to reduce burnout and decrease psychological distress in healthcare professionals: A qualitative analysis. *The Arts in Psychotherapy*. 2023. № 83.
79. Virna Zh. Professional Deformations: Tendencies, Dynamics and Risks of Manifestation. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2015. Vol 28. P. 123-136.



ДОДАТКИ

Додаток А

Методика «Дослідження синдрому вигорання» (Дж. Грінберг)

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

Текст опитувальника

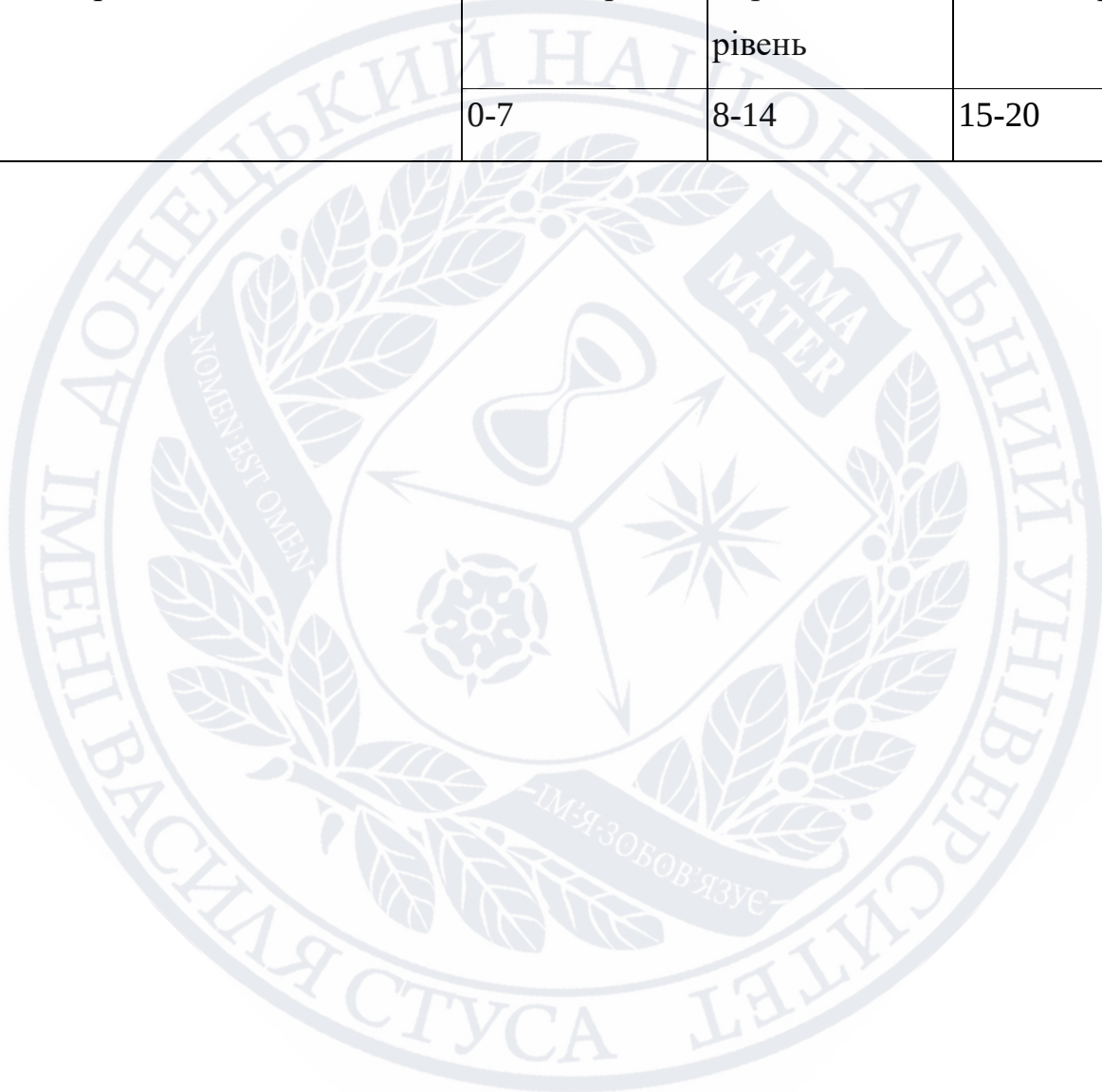
1. Чи знижується ефективність Вашої роботи?
2. Чи втратили Ви частину ініціативи на роботі?
3. Чи втратили Ви інтерес до роботи?
4. Чи посилився Ваш стрес на роботі?
5. Чи відчуваєте Ви втому або зниження темпу роботи?
6. Вас турбує головний біль?
7. Вас турбують болі в животі?
8. Ви втратили вагу?
9.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

Обробка та інтерпретація результатів

Підрахуйте, загальний бал «вигорання» та оцініть рівень розвитку цього синдрому за наведеною нижче таблицею.

Рівні «вигорання»

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



**Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя
(КОСБ-3)» (О. Калюк, О. Савченко)**

Методика «КОСБ-3», розроблена українськими дослідниками О. Савченко, О. Калюк, призначена для вимірювання когнітивних аспектів суб'єктивного благополуччя. Методика містить 20 тверджень, що оцінюються за 5-ти бальною шкалою. Вона включає 3 субшкали, які дозволяють виміряти три незалежні аспекти задоволеності життя, а саме: «Задоволеність власним життям», «Невдоволеність собою і розчарування в житті» та «Задоволеність відносинами з іншими».

Інструкція для учасників опитування: Оцініть ступінь вашої згоди на наведені нижче твердження. На запропоновані твердження потрібно відповісти: повністю не погоджуюсь, частково не погоджуюсь, важко визначитись, частково погоджуюсь, повністю погоджуюсь.

Текст опитувальника:

1. Моє життя майже у всьому відповідає моєму ідеальному уявленню
2. Вважаю себе щасливою людиною
3. Мої стосунки з батьками я можу охарактеризувати як підтримуючі та довірливі
4. Мої умови життя сприяють задоволенню всіх актуальних потреб
5. Мене влаштовує якість мого життя
6. В моєму житті чітко виокремлюються білі та чорні смуги
7. Я дратуюсь, коли витрачаю даремно свій вільний час
8. Я би хотів кардинально змінити коло свого спілкування
9. Моє повсякденне життя я можу охарактеризувати як цілком безпечне та комфортне
10. Мені подобається те, чим я займаюсь в даний період життя

11. Я часто відчуваю, що близькі люди слабо розуміють мене та мої бажання
12. Я завжди можу розраховувати на підтримку друзів та рідних
13. Я можу сказати про себе, що я цілком задоволений своїм життям
14. Я можу сказати, що мої стосунки з друзями та рідними є щирими, без приховування чого-небудь
15. Я би не хотів нічого змінювати у своєму житті
16. Відчуваю дуже сильну невдоволеність собою, коли не отримую того, до чого прагну
17. Іноді люди використовують мене для досягнення власних цілей
18. Моє життя є кращим, ніж в більшості моїх знайомих
19. Переживаю спустошення, коли бачу, що хтось перемагає мене в чомусь
20. Я не завжди можу спрогнозувати реакцію оточуючих на мої дії

Ключ для обробки

Зворотні твердження

1. Задоволеність власним життям 1, 2, 5, 10, 13, 15, 18
2. Невдоволеність собою та розчарування в житті 6, 7, 16, 17, 19, 20
3. 3 Задоволеність відносинами з іншими 3, 4, 9, 12, 14, 8, 11
4. Загальний рівень задоволеності життям $ZP = \text{Ш1} + \text{Ш3} - \text{Ш2}$

Інтерпретація значень за шкалами методики «КОСБ-3»:

Шкала «Задоволеність власним життям»: Високі значення свідчать про те, що людина задоволена тим, що наразі відбувається в її житті, умовами життя і немає потреби щось змінювати, адже високо оцінює продуктивність своєї діяльності. Результати, які вона отримує, відповідають її уявленням про ідеал; порівнюючи себе з іншими людина відчуває свої переваги. Низькі значення за цією шкалою свідчать про те, що ця людина невдоволена умовами свого життя, оцінює життя як нікчемне, а сфера її діяльності є непривабливою для неї. У житті такої людини завжди відчувається негативне налаштування до

певних справ та подій, оскільки вона ставить себе нижче, ніж оточуючих, вважає свій стан далеким від ідеального, проявляє невпевненість в успіху.

Шкала «Невдоволеність собою та розчарування в житті»: Високі значення свідчать про те, що людина відчуває невдоволення, коли не досягає бажаного, часто відчуває спустошення через кращі досягнення інших. Вона вважає більшість людей корисливими, що підвищує рівень внутрішньої напруги, і, як наслідок, людина постійно перебуває в дратівливому стані. Вона часто відчуває роздратування стосовно даремного марнування часу. Їй також властиві ознаки категоричного мислення, що може призводити до тривожних проявів. Низькі значення свідчать про те, що у людини майже не виникає негативних переживань, пов'язаних зі своїми досягненнями, вона не орієнтується на досягнення інших, а насолоджується досягнутим. Вона реалістично оцінює власні ресурси, що дає можливість із задоволенням і вчасно досягати поставлені цілі.

Шкала «Задоволеність відносинами з іншими»: Високі значення свідчать про те, що людина задоволена своїм колом спілкування, має людей, з якими може розділити як проблеми, так і досягнення, а у відносинах з іншими є достатньо відвертою та щирою. Така особа схильна довіряти людям, вона розраховує на підтримку оточуючих, оцінює своє коло спілкування як безпечне та надійне. Низькі значення свідчать про те, що такій людині важко будувати довготривалі довірливі відносини з іншими і вона майже ніколи не покладається на інших. Спілкування з іншими – це скоріше вимушена обставина задля досягнення певної мети. Людина мріє про зміну кола спілкування, відчуючи небезпеку та дискомфорт. Оточуючі сприймаються як особи, що заважають задоволенню важливих потреб, як такі, що приховують важливу інформацію.

Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я**(K. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis)**

Опитувальник складається з 18 питань, які поєднані у три шкали: шкала «внутрішнього локусу контролю» (відображає ступінь відчуття респондентами контролю над своїм здоров'ям); шкала «контролю «могутніми» іншими» (показує ступінь впевненості опитуваного в тому, що за його здоров'я несуть відповідальність «могутні інші», наприклад, лікарі, родичі тощо); шкала «контролю випадку» (вимірює, наскільки опитуваний переконаний в тому, що здоров'я залежить від випадку, везіння або долі).

Інструкція для учасників опитування:

Оцініть, будь ласка, ступінь своєї згоди з представленими ситуаціями, за наступною шкалою (обведіть відповідну цифру).

Абсолютно не згоден – 1

Не згоден – 2

Важко відповісти – 3

Погоджуюся – 4

Абсолютно згоден – 5

Текст опитувальника:

А

1. Коли я хворію, тільки мій настрій допомагає мені одужати 1 2 3 4 5
2. Я контролюю свій стан здоров'я 1 2 3 4 5
3. Якщо я хворію, то в цьому винен (а) я сам (а) 1 2 3 4 5
4. Найбільше на моє здоров'я впливають мої вчинки 1 2 3 4 5
5. Якщо я буду піклуватися про себе, то зможу уникнути хвороби 1 2 3 4 5
6. Якщо я не буду завдавати шкоди своєму організму, то залишуся здоровим 1 2 3 4 5

Б

1. Регулярно відвідуючи свого лікаря, я зможу уникнути розвитку того чи іншого захворювання 1 2 3 4 5
2. При перших же ознаках нездужання я консультуюся з фахівцем 1 2 3 4 5
3. Про моє здоров'я повинна турбуватися моя сім'я 1 2 3 4 5
4. Лікарі піклуються про моє здоров'я 1 2 3 4 5
5. Якщо я видужую, то це завдяки турботі інших людей (лікарів, медсестер, членів сім'ї та друзів) 1 2 3 4 5
6. Що стосується мого здоров'я, то я роблю тільки те, що говорить лікар 1 2 3 4 5

В

1. Неважливо, що відбувається, але якщо мені судилося захворіти, то я захворію 1 2 3 4 5
2. Хвороби звалюються на мене як сніг на голову 1 2 3 4 5
3. Наскільки швидко я одужаю, зазвичай залежить від випадку 1 2 3 4 5
4. Підтримка хорошого стану здоров'я багато в чому залежить від випадку 1 2 3 4 5
5. Що б я не робив для профілактики захворювань, я все одно можу захворіти 1 2 3 4 5
6. Якщо мені не судилося захворіти, то я не захворію 1 2 3 4 5

Опитувальник складається з трьох шкал.

1. Шкала «внутрішнього локусу контролю» (Блок А): відображає ступінь відчуття власного контролю над своїм здоров'ям.

2. Шкала «контролю «могутніми іншими» (Блок Б): ця шкала показує ступінь вашої впевненості в тому, що за ваше здоров'я несуть відповідальність «могутні інші» (наприклад, лікарі).

3. Шкала «контролю випадку» (Блок В): ця шкала показує ступінь переконання в тому, що власне здоров'я залежить від випадку, удачі або долі.

Підрахуйте суму балів, набраних в кожній шкалі. Мінімальне значення за шкалою дорівнює 6 балам, а максимальне – 30 балам.

1. 22–30 балів – високий рівень за відповідною шкалою контролю.

Наприклад, якщо у вас високий бал за шкалою «контролю випадку», ви вірите в те, що ваше здоров'я залежить від випадку.

2. 15-21 бали – середній рівень за відповідною шкалою контролю.

Наприклад, середній бал за шкалою «контролю «могутніми іншими» означає, що ви частково впевнені в тому, що ваше здоров'я залежить від «могутніх інших».

3. 6-14 балів – низький рівень за відповідною шкалою контролю.

Наприклад, якщо у вас низький бал за шкалою «внутрішнього контролю», то ви не вірите в свої сили щодо запобігання захворюванням і лікування.

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E.S. Becker)

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E.S. Becker) включає 9 тверджень, використовується 4-бальна оціночна шкала. Методика дає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я, що є дуже суттєвим, оскільки позитивно «забарвлює» життєву активність людини, що дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров'я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми.

Інструкція для учасників опитування: Оцініть свій стан за 4-ох бальною шкалою: не вірно, скоріше не вірно, скоріше вірно, вірно.

Текст опитувальника

1. Я часто почуваюся безтурботно і знаходжуся в гарному настрої
2. Я насолоджуюся життям
3. Загалом я відчуваю задоволення від життя
4. Загалом я відчуваю впевненість
5. Я справляюся із задоволенням своїх потреб
6. Я – в гарній фізичній формі і в гарному емоційному стані
7. Я відчуваю, що здатний/здатна справлятися з життям і його труднощами
8. Багато з того, що я роблю, приносить мені радість
9. Я – спокійна і врівноважена людина

Обробка та інтерпретація результатів:

Підрахуйте загальну кількість балів. Мінімальний показник позитивного ментального здоров'я дорівнює 9 балам, максимальний показник дорівнює 36

балам. Низький рівень показника позитивного ментального здоров'я відповідає інтервалу 9-24 балів, середній рівень – 25-29 балів, високий рівень – 30-36 балів.



Методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях**(С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер)**

Ця методика призначена для виявлення домінуючих копінг-стратегій. Копінг-поведінка – це усвідомлена поведінка суб'єкта, спрямована на психологічне подолання стресу.

Методика дає можливість виявити такі копінг-стратегії:

- 1) копінг, орієнтований на вирішення завдання;
- 2) копінг, орієнтований на емоції;
- 3) копінг, орієнтований на уникнення;
- 4) субшкала відволікання (соціальне відволікання та відволікання).

Бланк для Відповідей

1. Зосереджувався (лась) на тому, що мені потрібно було робити далі – на наступному кроці 0 1 2 3
2. Починав (ла) щось робити, знаючи, що це все одно не буде працювати, головне – робити хоч що-небудь 0 1 2 3
3. Намагався (лась) схилити вище стоячих до того, щоб вони змінили свою думку 0 1 2 3
4. Говорив (ла) з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію 0 1 2 3
5. Критикував (ла) і картав себе 0 1 2 3
6. Намагався (сь) не спалювати за собою мости, залишаючи все, як воно є 0 1 2 3
7. Сподівався (лась) на диво 0 1 2 3
8. Миритися з долею: буває, що мені не щастить 0 1 2 3
9. Поводився (лась), як ніби нічого не сталося 0 1 2 3
10. Намагався (лась) не показувати своїх почуттів 0 1 2 3
11. Намагався (лась) побачити в ситуації щось позитивне 0 1 2 3

12. Спав (ла) більше звичайного 0 1 2 3
13. Зривав (ла) свою досаду на тих, хто накликав на мене проблеми 0 1 2 3
14. Шукав (ла) співчуття і розуміння у кого-небудь 0 1 2 3
15. В мені виникла потреба висловитися 0 1 2 3
16. Намагався (лась) забути все це 0 1 2 3
17. Звертався (лась) за допомогою до фахівців 0 1 2 3
18. Змінювався (лась) або ріс як особистість в позитивну сторону 0 1 2 3
19. Вибачався (лась) або намагався все загладити 0 1 2 3
20. Формулював (ла) план дії 0 1 2 3
21. Намагався (лась) дати якийсь вихід своїм почуттям 0 1 2 3
22. Зрозумів (ла), що сам викликав цю проблему 0 1 2 3
23. Набирався (лась) досвіду в цій ситуації 0 1 2 3
24. Говорив (ла) з ким-небудь, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації 0 1 2 3
25. Намагався (лась) поліпшити своє самопочуття їжею, випивкою, палінням або ліками 0 1 2 3
26. Ризикував (ла) відчайдушно 0 1 2 3
27. Намагався (лась) діяти не надто поспішно, довіряючи першому пориву 0 1 2 3
28. Знаходив (ла) нову віру в щось 0 1 2 3
29. Знову відкривав (ла) для себе щось важливе 0 1 2 3
30. Щось міняв (ла) так, що все залагоджувати 0 1 2 3
31. В цілому уникав (ла) спілкування з людьми 0 1 2 3
32. Не допускав (ла) це до себе, намагаючись про це особливо не замислюватися 0 1 2 3
33. Питав (ла) поради у родича чи друга, яких поважав 0 1 2 3

34. Намагався (лась), щоб інші не дізналися, як погано йдуть справи 0 1 2 3
35. Відмовлявся (лась) сприймати це занадто серйозно 0 1 2 3
36. Говорив (ла) про те, що я відчуваю 0 1 2 3
37. Стояв (ла) на своєму і боровся за те, чого хотів 0 1 2 3
38. Зганяв (ла) це на інших людях 0 1 2 3
39. Користувався (лась) минулим досвідом – мені доводилося вже потрапляти в такі ситуації 0 1 2 3
40. Знав (ла), що треба робити і подвоював свої зусилля, щоб все налагодити 0 1 2 3
41. Відмовлявся (лась) вірити, що це дійсно відбулося 0 1 2 3
42. Я давав (ла) обіцянку, що в наступний раз все буде по-іншому 0 1 2 3
43. Знаходив (ла) пару інших способів вирішення проблеми 0 1 2 3
44. Думаю, що мої емоції не надто заважали мені в інших справах 0 1 2 3
45. Щось міняв (ла) у собі 0 1 2 3
46. Хотів (ла), щоб все це швидше якось утворилося або скінчилося 0 1 2 3
47. Уявляв (ла) собі, фантазував (ла), як все це могло б обернутися 0 1 2 3
48. Молився (лась) 0 1 2 3
49. Прокручував (ла) в голові, що мені сказати або зробити 0 1 2 3
50. Думав (ла) про те, як би в даній ситуації діяв чоловік, яким я захоплююся і намагався наслідувати його 0 1 2 3

Конфронтаційний копінг – пункти: 2, 3, 13, 21, 26, 37.

Дистанціювання – пункти: 8, 9, 11, 16, 32, 35.

Самоконтроль – пункти: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50.

Пошук соціальної підтримки – пункти: 4, 14, 17, 24, 33, 36.

Прийняття відповідальності – пункти: 5, 19, 22, 42.

Втеча-уникнення – пункти: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47.

Планування вирішення проблеми – пункти: 1, 20, 30, 39, 40, 43.

Позитивна переоцінка – пункти: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.



Програма психопрофілактики та психокорекції професійного вигорання медичних працівників

Заняття 1. Усвідомлення природи професійного вигорання

Мета заняття: підвищити обізнаність учасників щодо сутності, симптомів і чинників розвитку професійного вигорання, сформувати мотивацію до включеності в програму та створити безпечну атмосферу групової взаємодії.

1. Вправа «Коло очікувань» (15 хв.) Учасники формулюють власні очікування від програми, визначають актуальні запити, знайомляться зі структурою роботи. Це налаштовує групу на відкритість і активну співпрацю.

2. Міні-лекція «Професійне вигорання: міфи та реальність» (20 хв.) У доступній формі розкривається поняття професійного вигорання, його фази, ключові симптоми та соціально-психологічні чинники. Учасники розрізняють міфи та науково підтверджені факти.

Професійне вигорання — це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійних досягнень, який виникає внаслідок тривалого впливу професійного стресу (за Крістіною Масlach).

Коротко розкрити три складові:

Емоційне виснаження – відчуття спустошення, втрати енергії, емоційна втома.

Деперсоналізація (цинізм) – емоційне відсторонення, холодність, зниження емпатії у взаємодії з пацієнтами.

Редукція професійних досягнень – відчуття низької ефективності, знецінення власних зусиль, професійна невпевненість.

Фази професійного вигорання (3 хв.)

Коротко описати три основні фази:

1. Напруження – зростання тривожності, конфлікти, перенавантаження.

2. Резистенція – формування захисних реакцій, уникання роботи, дратівливість.
3. Виснаження – емоційний «надлом», апатія, втрата сенсу, соматичні порушення.

Наведення прикладів із практики медиків (без персоніфікації).

Показати три групи симптомів:

Емоційні: відчуття виснаження, дратівливість, емоційна холодність, перепади настрою.

Когнітивні: труднощі концентрації, негативні думки, знецінення власної діяльності.

Фізичні: безсоння, м'язова напруга, хронічна втома, головний біль.

Поведінкові: уникнення контактів, зниження ефективності, прагнення ізолюватися.

3. Вправа «Мій рівень напруження» (20 хв.) Психодіагностична вправа, спрямована на самостійне визначення власного рівня емоційної та фізичної напруги. Допомогає усвідомити, на якому етапі напруженості перебуває кожен.

4. Вправа «Ресурси і виснажувачі» (15 хв.)

Мета вправи: Допомогти учасникам усвідомити власні джерела енергії та чинники виснаження у професійній діяльності, розпізнати дисбаланс між «ресурсами» та «виснажувачами», сформувати початкове розуміння шляхів відновлення.

Матеріали: аркуші А4, кольорові маркери, олівці, стікери двох кольорів (наприклад: зелені - «ресурси», червоні - «виснажувачі»), скотч або магнітна дошка.

Психолог коротко пояснює ідею: «У кожного з нас є фактори, які нас підживлюють, і ті, які забирають сили. Важливо вміти їх розрізняти, щоб керувати власною енергією й запобігати професійному виснаженню».

Учасникам пропонується розділити аркуш навпіл вертикально. Ліворуч – написати слово «Ресурси», праворуч - «Виснажувачі».

Психолог дає інструкцію: «На лівому боці запишіть усе, що вас підсилює в роботі й житті: підтримка колег, почуття значущості, відпочинок, особисті хобі, рух, професійний успіх тощо.

На правому боці – все, що забирає сили: надмірне навантаження, нічні зміни, конфлікти, невизначеність, цейтнот, брак часу на відновлення, перфекціонізм».

Учасники можуть робити записи словами або малюнками.

Кожен учасник отримує:

3 зелені стікери – для найсильніших ресурсів.

3 червоні стікери – для найпотужніших виснажувачів

Завдання: «Позначте свої ТОП-3 ресурси та ТОП-3 виснажувачі. Саме вони найбільше впливають на ваш емоційний стан у професійній діяльності». Учасники наклеюють їх на свій аркуш або на спільну дошку (якщо група готова до відкритого обміну).

Група ділиться на пари або трійки.

Орієнтовні запитання:

1. Що вас найбільше здивувало у вашому списку?
2. Який з виснажувачів для вас найпотужніший?
3. Чи є ресурс, який ви недооцінювали?
4. Що можна зробити вже зараз, щоб підсилити ресурс або зменшити вплив виснажувача?
5. Цей етап запускає підтримку, емпатію та нормалізацію переживань.

Психолог підсумовує: «Професійне вигорання виникає не від однієї великої події, а від системних дрібних витрат, які накопичуються. Баланс між тим, що додає сили, і тим, що їх забирає — це напрям, який ми будемо поступово коригувати впродовж програми».

5. Рефлексивне коло (20 хв.) Підсумкове обговорення заняття, усвідомлення отриманих інсайтів, вербалізація переживань та очікувань до наступних зустрічей.

Заняття 2. Стрес і його вплив на професійну діяльність

Мета заняття: сформулювати розуміння природи стресу, його механізмів та індивідуальних реакцій організму як передумов професійного вигорання.

1. Вправа «Стресовий термометр» (15 хв.).

Мета вправи: допомогти учасникам усвідомити власний рівень стресу у поточний момент; виявити індивідуальні стресові тригери; зрозуміти, як стрес впливає на професійну діяльність та поведінку.

Матеріали: аркуші А4 або стікери, ручки/олівці, демонстрація «термометра» на фліпчарті (0–10).

Психолог коротко пояснює:

«Стрес – це не лише перевтома. Це сигнал нашої нервової системи, який важливо вчасно зчитувати. Сьогодні ми подивимось, на якому рівні ваш «внутрішній термометр»».

Кожен учасник отримує аркуш і малює вертикальний термометр зі шкалою від 0 до 10, де:

- 0–2 – спокій, ресурсність
- 3–5 – помірний стрес, робочий режим
- 6–8 – напруження, емоційна нестабільність
- 9–10 – стан перевантаження або вигорання

Учасники позначають точку свого актуального стану - «температуру».

Тренер запитує:

- «Чи здивувала вас власна оцінка?»
- «На якій позначці ви були вчора, тиждень тому?»

Під позначкою рівня стресу учасники прописують 3–5 факторів, які найбільше підвищують «температуру».

Приклади: термінові дедлайни, конфлікти з колегами, нічний режим роботи, велике навантаження, відсутність відпочинку.

Далі – коротке обговорення в парах або групі: «Що конкретно з цього списку «запалює» термометр найсильніше? Чому?»

Тренер просить дописати поруч:

- «Як цей рівень стресу проявляється у моїй роботі?»
- «Що відбувається з продуктивністю, настроєм, спілкуванням?»

Учасники можуть позначити стрілками чи короткими фразами: зниження концентрації, дратівливість, збільшення кількості помилок, втрата мотивації.

2. Психоедукація «Фізіологія стресу» (20 хв.)

Пояснюється, як реагує нервова система на стрес, що відбувається з тілом, м'язами, диханням, увагою; чому тривалий стрес сприяє вигоранню.

3. Вправа «Моє тіло говорить» (15 хв.) – тілесно-орієнтована.

Мета: навчити учасників розпізнавати тілесні сигнали стресу та перевантаження, сформувати чутливе, уважне ставлення до власного стану, посилити зв'язок між тілесними відчуттями та емоційною реакцією, сприяти відновленню тілесної рівноваги.

Матеріали: спокійна музика (за бажанням), стільці або простір для вільного стояння, можливість відключити зовнішні подразники.

Тренер коротко пояснює: «Наше тіло завжди говорить із нами першим – ще до думок і слів. Під час стресу воно подає сигнали: напруга, скутість, холод, тремтіння. Сьогодні ми спробуємо почути ці сигнали».

Учасники сідають зручно або стають у стійку позицію. Тренер пропонує зробити 2–3 глибокі вдихи та повільні видихи.

Коротка інструкція: «Зараз ми на хвилину сповільнимось. Дозвольте тілу зайняти комфортне положення. Ви ні з ким не змагаєтесь – ви просто спостерігаєте».

Тренер проводить учасників крок за кроком:

Початок – маківка голови.

«Відчуйте, чи є у вас напруга у лобі, щелепі, шиї... Чи хочеться послабити плечі?»

Перехід – плечі, грудна клітка.

«Чи відчуваєте ви “важкість”, стискання, поверхнєве дихання?»

Живіт і поясниця.

«Чи є відчуття скручування, холоду, напруження?»

Ноги.

«Чи впевнено стоїте на землі? Чи є втома, поколювання?»

Учасники лише *спостерігають, не оцінюючи*.

Тренер пропонує поставити внутрішнє питання:

«Якщо б те місце в тілі, яке відгукнулося найбільше, могло говорити, що б воно сказало?»

Приклади можливих відповідей:

- «Мені потрібен відпочинок»
- «Я перенапружений»
- «Я тримаю багато страху/відповідальності»
- «Мені холодно / я напружуюся від невизначеності»

Учасники можуть зробити короткі записи.

4. Вправа «Баланс напруги» (10 хв.) – дихальна техніка.

Мета: розслабити нервову систему за допомогою збалансованого дихання; знизити фізіологічну напругу, пришвидшений пульс, скутість; навчити учасників швидкій техніці саморегуляції, яку можна виконувати на робочому місці; відновити відчуття внутрішнього балансу через ритмічне дихання.

Матеріали: приглушена музика.

Тренер пояснює:

«Коли ми виснажені чи напружені, першою реагує система дихання: воно стає поверхневим, уривчастим. За допомогою техніки «Баланс напруги» ми навчимося за 1–2 хвилини повертати тіло в стан рівноваги».

Учасники зручно сідають або стають, спина пряма, плечі м'які. Тренер пропонує зробити один повільний видих, «скидаючи» напругу.

«Зверніть увагу, як рухається ваше дихання зараз. Який його темп? Чи вистачає повітря?»

Тренер проводить учасників:

Крок 1 – Вдих на 4 рахунки

«Повільно вдихніть через ніс... 1... 2... 3... 4... Відчуйте, як повітря м'яко наповнює грудну клітку та живіт».

Крок 2 – Видих на 4 рахунки

«Так само повільно видихніть через рот... 1... 2... 3... 4... Дозвольте плечам і шиї трохи м'якше опуститися».

Крок 3 – Рівний ритм

Учасники повторюють 6–8 циклів.

Тренер супроводжує:

«Ми не пришвидшуємось. Дозвольте диханню саме задати ритм спокою. Вдих – м'який. Видих – ще м'якший. Вдих – наповнення. Видих – звільнення від напруги».

Після завершення циклів тренер запитує:

- «Як змінилося ваше тіло?»
- «Чи помітили ви, що дихання стало глибшим?»
- «Який рівень напруги був «до» і «після?»

Далі коротке пояснення:

«Рівне дихання синхронізує роботу симпатичної та парасимпатичної нервової системи. Це швидкий спосіб заспокоїти мозок і тіло навіть під час робочого дня – перед складною розмовою, після конфлікту, під час втоми».

5. Вправа «М'язова енергія» (15 хв.).

Методика м'язової релаксації, спрямована на усвідомлене напруження і розслаблення для зняття емоційних та фізичних блоків.

6. Вправа «Асоціація» (15 хв.).

Учасники досліджують асоціації, пов'язані з темою «робота», виявляючи приховані мотиви, переживання та бар'єри у професійній діяльності.

Заняття 3. Розвиток навичок емоційної саморегуляції

Мета заняття: навчити технік управління емоційними станами, сформувати практичні навички саморегуляції.

1. Вправа «Емоційна мапа» (15 хв.)

Учасники вчаться пізнавати та класифікувати власні емоції, розуміти їх інтенсивність та причини виникнення.

Мета вправи: допомогти учасникам розпізнавати та називати власні емоції; навчити класифікувати емоції за типом і інтенсивністю; підвищити емоційну грамотність та усвідомленість; сформувати зв'язок між емоцією, її причиною та тілесними відчуттями.

Матеріали: аркуші А4 або готові шаблони «Емоційної мапи», кольорові маркери чи ручки, можливий роздрук колеса емоцій Плутчика або іншої моделі (опційно).

Учасникам пропонують намалювати на аркуші умовну мапу у вигляді:

- чотирьох секторів (радість, сум, страх, злість), або
- колеса емоцій, або
- простого кола, поділеного на сегменти різного кольору.

Інструкція:

«Уявіть, що це карта вашого емоційного простору. Позначте на ній ті емоції, які ви найбільше проживаєте сьогодні».

Учасники:

1. вибирають 3–5 емоцій, які відчують найчастіше упродовж дня;
2. вписують їх у різні частини мапи;
3. зафарбовують кожну емоцію кольором, який асоціюється з нею;
4. ставлять позначку інтенсивності від 1 до 10.

Пояснення тренера:

«Подумайте: які емоції сьогодні найбільш активні? Які — фонові? Які — вас виснажують?»

Учасники біля кожної обраної емоції дописують:

- Що її викликало?
- У якій ситуації вона з'явилася?
- Яку потребу вона сигналізує?

Приклад:

Страх — 6/10. Причина: нестача часу, складні пацієнти. Потреба: підтримка, передбачуваність, захищеність.

Тренер просить додати ще одну позначку:

«Де в тілі живе ця емоція? Спина? Горло? Серце? Живіт?»

Учасники малюють маленькі символи або слова:

- «напруження»,
- «тремтіння»,
- «вага»,
- «тепло»,
- «блок».

Це допомагає встановити зв'язок «емоція – тіло».

2. Вправа «Пауза та дія» (КПТ-техніка) (15 хв.).

Формується навичка зупинки імпульсивної реакції у стресовій ситуації та вибору конструктивної відповіді.

Тренер пропонує учасникам уявити типову для них стресову ситуацію (черга пацієнтів, конфлікт, поспіх, критика тощо).

Далі йде пояснення чотирьох кроків.

Крок 1 – Пауза (10 секунд)

«Зупиніть дію. Не відповідайте, не рухайтесь поспіхом.

Просто зупиніться і зробіть один спокійний вдих».

Цей мікропаузний момент «перериває» автоматичну реакцію мозку

Крок 2 – Назви (емоцію чи думку)

Тренер керує процесом:

«Назвіть те, що зараз відчуваєте: злість, роздратування, страх, безсилля, перевантаження. Або назвіть думку: «Я не встигаю», «Мене недооцінюють», «Це несправедливо»»

Називання знижує інтенсивність емоції на 30–40%

Крок 3 – Перевір думку

Учасники аналізують:

- «Це факт чи моє припущення?»
- «Чи є інше пояснення цієї ситуації?»
- «Як я реагував би, якби був спокійним?»

Приклад:

- Автоматична думка: «Мене не поважають».
- Альтернативна: «Людина теж у стресі».

Крок 4 – Обери дію

Тренер пропонує кілька варіантів конструктивної реакції:

- сказати фразу «Мені потрібно 10 секунд, я зараз відповім»;
- перейти на чітке, коротке спілкування;
- використати техніку асертивності;

- попросити паузу чи уточнення;
- зробити коротке дихальне відновлення.

«Усвідомлена дія — це вибір, а не імпульс».

3. Вправа «Кольори мого настрою» (20 хв.) — арт-терапія.

Метою вправи є допомогти учасникам через творчу експресію безпечно виразити свій емоційний стан, дослідити його інтенсивність і структуру, а також підвищити рівень емоційної усвідомленості.

На початку ведучий пропонує кожному обрати ті кольори, які найбільш точно відповідають їхньому теперішньому настрою, внутрішній динаміці чи переживанням. Учасники отримують аркуш паперу та набір художніх матеріалів (олівці, пастель, фарби) й створюють спонтанний «емоційний малюнок», не прагнучи до естетичності чи точності — головним є відображення емоцій у кольорі, лінії та формі.

Ведучий заохочує звертати увагу на те, які кольори обираються переважно, які рухи рукою виникають, чи є бажання створювати хаотичні, плавні, різкі чи структуровані зображення. Це допомагає учасникам більш глибоко усвідомити власні почуття.

Після завершення етапу малювання група переходить до короткої вербальної рефлексії: кожен за бажанням ділиться тим, які емоції він втілив, чому обрав саме такі кольори та що помітив у власному стані під час творчого процесу. Ведучий підтримує учасників у безоцінному дослідженні власних переживань, підкреслюючи цінність будь-якого вибору та висловлювання.

Вправа сприяє вивільненню накопиченої напруги, більш точному розумінню власного емоційного фону та формуванню навички разом бачити, усвідомлювати й регулювати свій душевний стан через творчість.

4. Техніка релаксації «Спокійне дихання» (20 хв.).

Метою вправи є зниження тривоги, м'язової напруги та емоційного перенавантаження шляхом нормалізації дихального ритму та активізації

парасимпатичної нервової системи. Учасникам пропонується опанувати базову техніку дихальної стабілізації, яка сприяє відновленню внутрішнього балансу та відчуття контролю над своїм станом.

На початку ведучий пояснює фізіологічні механізми впливу дихання на емоційний стан та пропонує учасникам зайняти зручну позу: сидячи або лежачи з рівною спиною. Далі група переходить до виконання техніки:

- повільний глибокий вдих носом протягом 3–4 секунд;
- коротка природна пауза;
- плавний довгий видих ротом або носом протягом 5–6 секунд.

Увага акцентується на відчуттях руху повітря, розширенні грудної клітки, м'якості видиху та поступовому зниженні напруги. Вправу супроводжують словесні інструкції, спрямовані на заспокоєння, фокусування на теперішньому моменті та м'яке відпускання зайвих думок і переживань.

У завершальній частині учасники звертають увагу на зміни у тілі й емоційному стані: уповільнення серцебиття, легкість дихання, відчуття спокою та зібраності. Регулярне використання цієї техніки сприяє формуванню навички саморегуляції та стресостійкості в повсякденному житті.

5. Вправа «Маска гніву» (10 хв.).

Мета: допомогти учасникам усвідомити тілесні прояви гніву, навчитися розпізнавати ранні сигнали напруги та опанувати початкові навички його регуляції.

Хід вправи:

Психолог пропонує учасникам на кілька хвилин зосередитися на власному обличчі – частині тіла, яка найшвидше реагує на емоції. Після короткого налаштування кожен отримує завдання створити «маску гніву» за допомогою міміки: зморщене чоло, напружені губи, міцно стиснута щелепа, різко звужені або розширені очі. Важливо не перебільшувати, а спробувати знайти той вираз, який природно виникає в моменти внутрішнього напруження.

Учасники утримують цей «образ гніву» кілька секунд і прислухаються до тілесних сигналів: як змінюється дихання, які м'язи напружуються найбільше, де з'являється жар або тиск. Це дозволяє сформувати зв'язок між емоцією та її тілесним виявом.

Далі ведучий дає інструкцію «зняти маску»: розслабити лоб, розімкнути щелепу, пом'якшити губи, зробити глибокий видих. Учасники відчують, як змінюється загальний стан після вивільнення напруги.

Рефлексія: Кожному пропонується поділитися (за бажанням), що він відчував у момент «маски» і після її зняття:

- які м'язи були найбільш напруженими,
- які тілесні сигнали виявилися несподіваними,
- що допомогло розслабитися.

Терапевтичний ефект:

Вправа розвиває вміння розпізнавати ранні маркери гніву, що часто допомагає попереджати імпульсивні реакції. Зняття м'язової напруги обличчя запускає механізм загального розслаблення та сприяє кращому емоційному самоконтролю.

6. Вправа «Мобілізує сили» (10 хв.).

Метою вправи є підвищення внутрішнього ресурсу, тону та формування позитивного емоційного стану через активізацію тіла та дихальної системи. Учасникам пропонується виконати коротку енергетичну практику, що поєднує усвідомлене дихання, легкі динамічні рухи та фокус уваги на відчуттях у тілі.

На початку ведучий просить учасників зайняти комфортну стійку, вирівняти поставу та зробити кілька глибоких, повільних вдихів і видихів. Далі виконуються прості рухи – розкриття грудної клітки, легкі потягування, піднімання плечей, рухи руками, які символізують «збирання» енергії до себе.

Важливим елементом є концентрація на тілесних відчуттях, теплі, силі та внутрішній зібраності.

Завершується вправа коротким фокусом уваги на результаті: учасники відмічають, як змінився їхній стан, рівень бадьорості та емоційної включеності. Це сприяє формуванню навички швидкої мобілізації власних ресурсів у ситуаціях підвищеного навантаження чи стресу.

Заняття 4. Конструктивні копінг-стратегії

Мета заняття: формувати практичні навички конструктивного подолання стресу та розширити репертуар адаптивних копінгів.

1. Вправа «Мої копінгі: ефективні та неефективні» (25 хв.)

Аналізуються індивідуальні стратегії реагування на труднощі, визначаються сильні і слабкі сторони у поведінці.

Кожен учасник отримує аркуш, поділений на дві колонки:

- «Що я роблю, коли мені важко»
- «Це мені допомагає чи шкодить?»

Учасники вписують свої реальні реакції:

- пошук підтримки,
- уникання,
- гумор,
- прокрастинація,
- фізична активність,
- емоційне вибухання,
- аналіз ситуації,
- пригнічення емоцій тощо.

Поруч кожен позначає, наскільки ця стратегія є ефективною, частково ефективною або неефективною у довгостроковій перспективі.

2. Міні-лекція «Адаптивні копінг-стратегії» (15 хв.)

Мета лекції: Познайти учасників із науково обґрунтованими, доказовими стратегіями подолання стресу, допомогти зрозуміти, як працюють різні типи копіngu та чому одні з них підтримують психічне здоров'я, а інші — виснажують.

Зміст міні-лекції

1. Що таке копіng-стратегії? (2 хв.)

Коротке пояснення: копіng — це способи, якими людина реагує на стрес, щоб зберегти рівновагу. Підкреслюється, що *копіng — це навичка, а не риса характеру*, тому її можна розвивати.

2. Два великі типи копіngu (3 хв.)

1) Проблемно-орієнтований копіng. Полягає у зміні самої ситуації:

- планування,
- пошук інформації,
- постановка реалістичних кроків,
- звернення по допомогу.

2) Емоційно-орієнтований копіng. Спрямований на регуляцію внутрішнього стану:

- техніки релаксації,
- дихання,
- робота з емоціями,
- майндфулнес,
- арт-терапевтичні прийоми.

Ведучий пояснює, що *обидва типи є корисними*, якщо застосовуються доречно.

3. Вправа «Карта рішень» (10 хв.)

Учасники обирають одну типову для себе складну робочу ситуацію, наприклад:

- конфлікт з колегою;

- агресивний пацієнт або родич;
- перевантаження завданнями;
- критика керівництва;
- термінова робота в умовах дефіциту часу.

Психолог просить записати її одним реченням у верхній частині аркуша.

Учасники будують схему із чотирьох блоків:

Блок 1 — «Що саме відбувається?»

- коротко описати факт ситуації без емоцій і оцінок;
- визначити, що є тригером.

Приклад: *Пацієнт підвищив голос і вимагає негайної уваги.*

Блок 2 — «Що я відчуваю?»

- назвати емоції (роздратування, страх, провину, тривогу),
- відмітити тілесну реакцію (напруга, прискорене дихання).

Блок 3 — «Мої можливі дії»

Учасник створює 3 варіанти реагування:

1. конструктивний,
2. нейтральний,
3. неефективний.

Приклад:

- конструктивний: *заспокоїти голос, назвати поведінку, запропонувати алгоритм дій;*
- нейтральний: *відійти, щоб не загострювати ситуацію;*
- неефективний: *відповісти різко, ігнорувати, піти в суперечку.*

Блок 4 — «Мій обраний варіант»

Учасник виділяє той варіант, який є найбільш здоровим і робочим.

Поруч записує короткий *кроковий план* (2–3 дії).

Крок 4. Обговорення (2 хв.)

Учасники в парах або в колі діляться:

- яку ситуацію вони обрали,
- який варіант реагування виявився конструктивним,
- як вони можуть застосувати цей «алгоритм» уже завтра.

4. Вправа «Три кроки допомоги собі» (20 хв.)

Освоюється практичний інструмент самодопомоги у разі емоційного перенавантаження.

5. Вправа «Чарівний магазин» (10 хв.)

Мета: допомогти учасникам усвідомити власні потреби, цінності та внутрішні пріоритети, а також побачити, що саме вони «віддають» і що прагнуть отримати для відновлення ресурсу.

Тренер говорить:

«Уявіть, що ми всі потрапили до *Чарівного магазину*. У ньому не продають матеріальні речі — тут можна “купити” те, чого вам бракує для внутрішнього благополуччя: спокій, час, підтримку, натхнення, силу, сон, віру в себе... А розрахунок тут — вашими внутрішніми ресурсами.»

Учасникам видають маленькі картки або просять записати в блокнот:

- 3 речі/стани/цінності, які вони «купили б» у Чарівному магазині саме сьогодні.

Приклади: спокій, терпіння, сон, натхнення, тепло від колег, впевненість, час для себе, здорові межі.

Тренер заохочує вибирати не загальні слова, а те, чого *справді* бракує.

Другий етап — усвідомлення ціни:

Учасники записують на другій частині аркуша:

Що я готовий віддати, щоб це отримати? (йдеться НЕ про жертву, а про внутрішнє рішення або дію).

Приклади: 10 хвилин тиші без телефону, одне «ні» на додаткове навантаження, теплі слова собі, чесність у втомі, маленьку паузу, підтримку від іншої людини; турботу про власні межі.

Це допомагає побачити, що доступ до цінностей часто реальніший, ніж здається.

Учасники діляться лише тим, чим бажають. Можливі запитання:

- «Що ти обрав у магазині й чому саме це зараз важливо?»
- «Що тебе здивувало в тому, що ти готовий віддати?»
- «Який крок зробиш першим?»

Це активізує внутрішню мотивацію та створює теплу групову атмосферу.

6. Міні-лекція «Причини професійного вигорання» (10 хв.)

«Професійне вигорання — це не слабкість і не “неспроможність впоратися”. Це закономірна реакція на тривале поєднання стресових факторів, які перевищують можливості відновлення.»

Індивідуальні чинники (3 хв.)

Психологічні та особистісні риси, що підвищують ризик вигорання:

- перфекціонізм, завищені стандарти;
- гіпервідповідальність;
- труднощі з постановкою меж;
- схильність до самокритики;
- низький рівень навичок саморегуляції;
- емоційна вразливість або висока емпатія (особливо для медичних працівників).

Приклади дають можливість учасникам впізнати себе без осуду.

Професійні чинники (3 хв.)

Особливості роботи, які створюють хронічний стрес:

- високе емоційне навантаження (робота з боєм, стражданням, кризами);
- постійний контакт із пацієнтами та родичами, які перебувають у сильному стресі;
- швидкий темп роботи, багатозадачність;
- нестача часу на відпочинок між змінами;

- висока відповідальність за життя та здоров'я людей;
- ситуації моральних дилем (коли немає «правильного» рішення).

Структурні умови, що підтримують або пришвидшують вигорання:

- недостатня кількість персоналу;
- нечіткі функціональні обов'язки;
- низький рівень підтримки з боку керівництва;
- несправедливість у розподілі навантаження або винагород;
- слабка командна взаємодія;
- відсутність можливостей професійного зростання;
- токсична атмосфера або конфліктні колективи.

Заняття 5. Професійні цінності та внутрішні ресурси

Мета заняття: відновити професійну ідентичність, усвідомити власну значущість у професії, посилити внутрішні ресурси.

1. Вправа «Мої професійні сенси» (20 хв.)

Учасники зосереджуються на особистих мотивах, цінностях та значеннях, які вони вкладають у свою професійну діяльність. Через письмові рефлексії або символічні образи вони визначають, що саме надихає їх у роботі, що додає енергії та що потребує переосмислення. Це допомагає зміцнити внутрішню мотивацію та відновити відчуття професійної значущості.

2. Вправа «Дерево ресурсів» (15 хв.) — арт-терапія

Створюється індивідуальна арт-метафора внутрішніх опор: учасники малюють дерево, де корені символізують джерела сил, стовбур — власні якості, а крона — ресурси, які допомагають долати професійні та життєві труднощі. Це сприяє усвідомленню доступних підтримуючих факторів та формуванню відчуття внутрішньої стійкості.

3. Вправа «Скринька підтримки» (15 хв.)

Формується список індивідуальних ресурсних практик, що можуть бути використані у повсякденній діяльності.

4. Вправа «Сонечко Компліментів» (20 хв.)

Учасники отримують та дарують один одному короткі щирі компліменти, спрямовані на підсилення позитивного образу «Я». Створюючи власне «сонечко» з променями-компліментами, вони фіксують сильні сторони, які бачать у них інші. Така взаємодія сприяє підвищенню самооцінки, розвитку впевненості в собі та формуванню підтримувальної групової атмосфери.

5. Вправа «Що робить мене вразливим» (10 хв.)

Учасники усвідомлюють власні фактори емоційної вразливості, що підвищують ризик вигорання.

6. Вправа «Психологічна дистанція» (10 хв.)

Учасники опановують просту техніку внутрішнього відсторонення, яка допомагає не «зливатися» зі стресовою ситуацією чи емоціями. Через уявні образи та короткі фокусувальні вправи вони вчаться бачити проблему на певній дистанції, що знижує емоційну реактивність і дає можливість зберегти внутрішній баланс та контроль над поведінкою.

Заняття 6. Відновлення балансу та завершення програми

Мета заняття: інтегрувати набуті знання та навички, сформувати індивідуальну програму подальшої самопідтримки.

1. Вправа «Колесо балансу життя» (20 хв.)

Учасники аналізують основні сфери свого життя – роботу, здоров'я, стосунки, відпочинок, особистісний розвиток та інші – оцінюючи рівень задоволеності кожною з них. На основі отриманих результатів визначаються сфери, які потребують більше уваги, ресурсів або змін. Вправа допомагає сформувати чітке розуміння власного життєвого балансу та окреслити напрямки покращення.

2. Вправа «Мій план стійкості» (15 хв.)

Кожен учасник створює власну програму профілактики вигорання з конкретними кроками підтримки.

3. Вправа «Теплі слова собі» (15 хв.)

Учасники отримують аркуші або картки і пишуть собі кілька теплих фраз. Можна використовувати підказки:

- за що я ціную себе;
- що я в собі поважаю;
- які мої якості допомагають мені справлятися зі складнощами;
- що я можу собі побажати для відновлення внутрішньої сили.

Приклади: «Я ціную свою стійкість», «Мені під силу знайти рішення», «Я заслуговую на відпочинок і підтримку».

4. Вправа «Схованка скарбів» (20 хв.)

Досліджуються глибинні цінності, внутрішні ресурси й ті аспекти життя, які дають відчуття щастя та самореалізації.

Хід вправи

Тренер пропонує уявити, що кожен має «схованку скарбів» — місце всередині себе, де зберігаються ресурси, сили, таланти та цінності. Завдання — знайти ці «скарби» та відобразити їх зовні.

Учасники отримують аркуш і кольорові матеріали (фломастери, олівці, наклейки) і малюють або символічно відображають свої скарби:

- особисті якості та сильні сторони,
- джерела енергії та натхнення,
- досягнення та таланти,
- речі або дії, які приносять радість та задоволення.

Тренер наголошує: немає «правильного» чи «неправильного» способу, важливо, щоб образ був особисто значущим.

Рефлексія та обговорення

Учасники можуть поділитися деякими «скарбами» з групою (за бажанням). Проводиться коротка дискусія:

- які скарби допомагають відновлюватися після стресу?
- як можна частіше «черпати» ці ресурси у житті та професійній діяльності?

5. Вправа «Від щирого серця» (10 хв.)

Учасники мають можливість тепло й усвідомлено висловити підтримку одне одному. Кожен отримує картку або маленький аркуш, на якому інші учасники пишуть короткі щирі побажання, слова подяки чи відмітки про сильні сторони цієї людини. Після завершення учасник отримує свій аркуш і зачитує його мовчки або вголос (за бажанням).

Вправа сприяє формуванню атмосфери довіри та емоційної підтримки, підсилює відчуття власної цінності та приналежності до групи, а також створює позитивний емоційний досвід, який можна зберегти на майбутнє.

6. Ритуал завершення (10 хв.)

Підведення підсумків програми, вербалізація особистих змін, отримання зворотного зв'язку.