МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДЦИИНИ №2 ТА МЕДСЕСТРИНСТВА

КРАМСЬКИХ АЛІНА СЕРГІЇВНА

«ВПЛИВ ЗВОРОТНЬОГО ЗВ′ЯЗКУ НА ЯКІСТЬ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ»

223-медсестринство

Освітньо-кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня магістра

Науковий керівник:

к.мед.н, доцент

Авдєєва Олена Вікторівна

Харків – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП....3
РОЗДІЛ 1....7
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ....7
1.1. Сутність поняття емоційне вигорання. Складові синдрому емоційного вигорання....7
1.2. Особливості формування емоційного вигорання медичних працівників....13
1.3. Фактори, що сприяють виникненню симптомів емоційного вигорання....19
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ І ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У МЕДСЕСТЕР....26
2.1. Характеристика вибірки....26
2.2. Матеріали та методи дослідження....27
2.3. Самоанкетування медичних сестер хірургічного відділення....33
2.4. Самоанкетування медичних сестер терапевтичного відділення....36
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ....40
3.1. Аналіз результатів анкетування медичних сестер....40
ВИСНОВКИ....53
РЕКОМЕНДАЦІЇ СПРЯМОВАНІ НА ЗНИЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ І ЗНИЖЕННЯ СТРЕСУ....56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ....62
ДОДАТКИ....69

ВСТУП

Вимоги сьогодення у держави та суспільства до ефективності будь-якої професійної діяльності зростають. Однак порівняно невелика кількість теоретичних та практичних робіт по виявленню негативних психологічних станів, що виникають у особистості в процесі професійної діяльності, психологічних проявів професійного стресу та методик подолання його наслідків не дозволяє задовольнити ці вимоги у повній мірі. Тому, особливого значення набуває дослідження такого важливого й недостатньо вивченого у вітчизняній психології явища, як синдром емоційного вигорання.

Серед різних професій, представники яких мають високий ризик виникнення синдрому емоційного вигорання одне із чільних місць займає професія медичного працівника.

Діяльність медичного працівника, в силу високих вимог, особливої відповідальності і емоційних навантажень, що висуваються до неї, потенційно містить у собі небезпеку важких переживань, пов’язаних із робочими ситуаціями, і високу вірогідність виникнення професійного стресу. Висока стресогенність роботи медичних працівників пов’язана також із перенасиченням комунікативної сфери, в тому числі характером спілкування, високою відповідальністю та нездатністю в ряді випадків змінити несприятливий хід речей. Небезпечним фактором також є те, що медичні працівники, які страждають від синдрому професійного вигорання, в домінуючій кількості не спостерігають його за собою, а, отже, не в змозі допомогти собі самостійно. У зв'язку з цим особливого значення набуває дослідження такого важливого й недостатньо вивченого у вітчизняній психології явища, як професійного вигорання.

Проблема емоційного вигорання співзвучна проблемам сучасного мінливого і динамічного буття людини, як ніколи апелює до людського фактору, екзистенційним цінностям, глибинним проявам особистості, що задає цілісну картину світу. В умовах модернізації сучасної освіти увагу

дослідників зосереджено на підготовці майбутніх фахівців, і система середньої спеціальної освіти відображає ті ж проблеми, що притаманні утворення в цілому.

Питанню синдрому емоційного вигорання і факторинговим компаніям, що обумовлюють його виникнення присвячені численні роботи таких зарубіжних і вітчизняних авторів, як К. Маслач, Б. Перлман, К. Кондо, В. В. Бойко, Н. Є. Водоп'янова, Т. В. Форманюк, Є. П. Ільїн, Е. Л. Старченкова, і ін. Результати багатьох досліджень останніх років дозволяють зробити висновок, що провідна роль у виникненні і розвитку чинників емоційного вигоряння належить індивідуально-психологічних особливостей особистості [15, 24, 37, 46].

При вивченні професійної діяльності спеціалістів соціономічних професій акцент ставиться, перш за все, на позитивних аспектах роботи з людьми. Однак саме така діяльність (через високі вимоги, які ставляться до представників цих професій, особливу відповідальність та емоційні навантаження) є найбільш потенційно небезпечною в плані психологічного здоров’я, негативних переживань, пов’язаних з робочими ситуаціями, ймовірністю виникнення професійного стресу та емоційного вигорання.

Термін «синдром емоційного вигорання» («burnout») з’явився у психологічній літературі відносно нещодавно. Він був запропонований американським психіатром Х. Фроуденбергером у 1974 р. Цим терміном автор визначав психологічний стан здорових людей, які інтенсивно і тісно спілкуються з пацієнтами (клієнтами) та перебувають в емоційно навантаженій атмосфері під час виконання професійної діяльності [13]. Синдром вигорання – це процес поступової втрати емоційної, розумової та фізичної енергії, що проявляється у симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистісної відстороненості та зниження задоволення від роботи.

Діяльність в подібних умовах вимагає від фахівця емоційної стійкості, стабільності, психологічної надійності, вміння протистояти стресу,

інформаційним та емоційним навантаженням, а також сформованих комунікативних навичок, розвинених механізмів психологічної адаптації та компенсації, зокрема конструктивних копінгстратегій [4]. Незважаючи на велику кількість досліджень в цьому напрямку, ми вважаємо доцільним провести дослідження феномена емоційного вигорання в різних соціально професійних групах працівників медичної галузі.

Саме тому метою нашої роботи стало вивчення проблеми професійного вигоряння медичних працівників хірургічного відділення.

Згідно мети перед нами були поставлені наступні завдання:

- розглянути теоретичні основи емоційного вигорання медичних працівників;
- провести емпіричне дослідження взаємозв'язку синдрому емоційного вигорання і особливостей саморегуляції у медсестер;
- надати рекомендації спрямовані на зниження емоційного вигорання і зниження стресу

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань були використані три групи методів:

1. Теоретичні методи (порівняльний метод, методи систематизації та концептуалізації наукових ідей, метод моделювання)
2. Методи збору емпіричних даних (анкетування медичних працівників)
3. Методи обробки та інтерпретації результатів: методи математичної статистики (виявлення відмінностей, оцінка достовірності змін).

Теоретико-методологічною основою нашого дослідження є основні принципи та ідеї суб'єктно-діяльнісного підходу (С. Л. Рубінштейн); сучасні концепції психології праці і професійного становлення особистості (Л. М. Мітіна, Б. Ф. Ломов, Е. А. Климов, А. В. Карпов, Н. С. Пряжников, Е. Ф. Зеер і ін.); теоретичні та практичні дослідження феномену емоційного вигорання (В. В. Бойко, C. Maslach, Т. В. Форманюк, Є. Г. Таткіна,

Н. В. Гафарова, Н. Є. Водоп'янова, Е. С. Старченкова, Е. Ю. Райкова і ін.). А так же висновки Г. В. Залевського, С. В. Умняшкіной, В. Є. Орла, що стосуються синдрому емоційного вигорання і супутніх йому психологічних процесів; дослідження А. Маслоу, Р. Ассоджіолі, В. Є. Клочко, Е. В. Галажінского про самоактуалізації особистості і її динаміці, системному підході в самореалізації особистості.

Об'єкт дослідження – синдром емоційного вигорання.

Предмет дослідження – синдром емоційного вигорання медичного персоналу.

Теоретична значимість роботи полягає в розширенні уявлень про чинники. які впливають на вираженість синдрому емоційного вигорання і можливості його корекції в ході психологічної підтримки.

Практична значимість полягає в розробці рекомендацій прикладного характеру, спрямованих на зниження синдрому емоційного вигорання і призначених для медичного персоналу старшої і середнього ланки.

Структура роботи: робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Сутність поняття емоційне вигорання. Складові синдрому емоційного вигорання

Феномен «емоційного вигорання» – багатокомпонентний синдром, який проявляється станом фізичного і психічного виснаження, деперсоналізацією і редукцією професійних досягнень, викликаний інтенсивним міжособистісним взаємодією при роботі з людьми, яка супроводжується емоційною насиченістю та когнітивної складністю. Синдром емоційного вигоряння визначають як хвороба, яка в Міжнародному класифікаторі МКБ - 10 звучить як «стан повного виснаження» [40].

Вважається, що термін «вигорання» (англ. – burnout) вперше ввів в науковий обіг в 1974 р американський психіатр H. J. Freudenberger для опису феномена деморалізації, розчарування і крайньої втоми у працівників психіатричних установ [49]. В англомовній літературі існують відмінності між терміном «burnout» і терміном «burn out», останній – висловлює прикордонну психіатричну симптоматику. Саме питання здоров'я у служб психічного здоров'я були предметом дослідження H. J. Freudenberger [50].

Під професійним вигоранням розуміється процес розвитку хронічного професійного стресу помірної інтенсивності, що викликає деформацію особистості професіонала. Професійне вигорання має міждисциплінарний характер і являє предмет вивчення для психологів, соціологів, організаторів і лікарів [37]. Системний аналіз проблеми передбачає розглядати професійне вигорання в сукупності всіх його рівнів: емоційних, когнітивних, мотиваційних, поведінкових і соматичних проявів [27, 33].

Найвідоміший опис синдрому вигорання, як вважає А. Ленглі, дала К. Маслах: «емоційне вигорання – це синдром емоційного виснаження,

деперсоналізації і зниження особистісних досягнень, який може виникати серед фахівців, що займаються різними видами професій, що допомагають» [20]. В.В. Бойко основою емоційного вигорання вважає стрес, він зазначає, що «потрібно брати до уваги не тільки інтенсивність стресового стану, яка залежить, в першу чергу, від умов впливу стресорів, але так само і мотиваційні і соціальні характеристики людини, які є провідними в його поведінці при стресі.

На думку А. Пайнз емоційне вигорання, як результат невдалого пошуку сенсу життя, допомагає відмежування його від споріднених понять (стрес, відчуження, депресія і т.д.) [8, 47]. Унікальною характеристикою є те, що вигорання є завжди кінцевий результат процесу розчарування в пошуку, який полягає в тому, щоб відшукати, витягти з роботи почуття екзистенціальної значущості, тобто це більш специфічний феномен.

В результаті проведеного контент-аналізу описаних в літературі симптомів вигорання, Б. Перлман і Е. Хартман запропонували наступне визначення вигоряння: Вигорання – це відповідь на хронічний, емоційний стрес, що включає три компоненти: емоційний і / або фізичне виснаження; деперсоналізацію або дегуманізацію міжособистісних відносин; зниження робочої продуктивності. У ряді країн Європи (Нідерланди, Швеція) РЕВ є офіційним діагнозом, включеним в навчання лікарів. При цьому в даних країнах хвора людина отримує не тільки психотерапевтичну допомогу, а й матеріальну компенсацію.

У наукових публікаціях використовується кілька варіантів перекладу англійського терміна «burnout» (адаптовано за [45]) «емоційне вигорання» – найбільш поширений варіант; «емоційне перегоряння» (Вид В. Д., Лозинська Є. І., 1998, Лозинська Є. І., 2007); «емоційне згоряння» (Кінцевий Р., Боухал П., 1983; Яценко Т. С., 1989; Форманюк Т. В., 1994; Бойко В. В., 1996; Трунов Д. Г., 1998; Глауберман Д. , 2004); «емоційне виснаження» (Нікітін О. О. та ін., 2007); «психічне вигорання» (Водоп'янова Н.Є., 2001; Видай А., Ложкін Г., 1998; Орел В.В., 2005, Щелкова О. Ю. та ін.

2008); «синдром професійної деформації» (Абрамова Г. С., Юдчіц Ю. А., 1998, Безносов С. П., 2004; Орлов Д. Н .. підсадних С. А., Шойгу Ю. С., 2007; Полякова Про .Б., 2004) «синдром емоційної (професійної) деформації» (Слабинський В. Ю., підсадних С. А., 2004); «професійне вигорання» (Водоп'янова Н. Є., Старченкова Е. С., 2005; Сергєєва Л. С., 2006; Юр'єва Л. М., 2004).

Найбільш широкого поширення набула трьох факторна модель професійного вигорання, сформульована психологом з м. Пало-Альто (Каліфорнія, США) Крістіною Маслач (C. Maslach). Вона і її колеги розглядають професійне вигорання в сукупності вираженості:

1) емоційного виснаження (emotional exhaustion – EE);

2) деперсоналізації (depersonalisation – DP);

3) редукції особистих досягнень (personal accomplishment – PA) [3, 8].

Емоційне виснаження характеризується психічною та фізичною втомою, емоційною спустошеністю, симптомами депресії. Спочатку спостерігається емоційне перенасичення, що супроводжується емоційними зривами, агресивними реакціями, спалахами гніву, згодом воно змінюється зниженням емоційних ресурсів, втратою емоційного інтересу до навколишньої дійсності [23, 40].

Під деперсоналізацією зазвичай розуміється дегуманізація (знецінення) міжособистісних відносин, негативізм, цинічність по відношенню до почуттів і переживань інших людей. У індивіда з'являються приховані або явні негативні установки, зростають знеособленість і формальність контактів, відзначаються часті спалахи роздратування і конфліктні ситуації. Для всіх характеристик деперсоналізації важлива втрата емоційного компонента психічних процесів (втрата почуттів до близьких людей, зниження емпатії – чуйності, співучасті) [11, 33, 46].

Редукція особистісних досягнень характеризує зниження професійної ефективності працівника, яке може проявлятися в негативізм до службових достоїнств і можливостям, в обмеженні обов'язків по відношенню до

соціального оточення, в зменшенні значущості виконуваної діяльності. Яскраво виражене почуття власної неспроможності і некомпетентності [19].

Згодом Г. Соннек додав до цих трьох симптомів ще один - вітальну нестабільність, всі разом вони являють собою перші ознаки «розвитку предсуіцидального стану». Він наводить такі симптоми вітальної нестабільності: депресія, пригнічений настрій, збудливість, почуття обмеженості, тривожність, занепокоєння, відчуття безнадійності і дратівливість. Емоційне вигоряння, на його думку, являє собою реальну специфічну загрозу здоров'ю, особливо в професійних групах лікарів. Це фактор (поряд з депресіями і лікарськими залежностями), що збільшує ймовірність суїциду [10, 27].

Відповідно до моделі М. Буріша, розвиток синдрому емоційного вигорання проходить наступний ряд стадій. Синдром проходить шлях від виникнення значних енергетичних витрат фахівця, що викликають певне відчуття втоми, що змінюються розчаруванням зниженням інтересу до виконуваної роботи, до загальної незадоволеності життям і професійною діяльністю [22]. М. Буріш зазначає індивідуальність розвитку і протікання синдрому емоційного вигорання, що зумовлюється особливостями емоційно-мотиваційною сферою особистості і умовами трудової діяльності. Небезпека синдрому вигоряння полягає в не епізодичності процесу, а являє собою кінцевий результат процесу «згоряння дотла». Цей процес зазвичай супроводжується невпевненістю в собі і своїх силах, а в деяких випадках, незадоволеністю життям в цілому. Якщо особисте життя не дає достатніх підстав для самоповаги і доказів значущості, то «вигоряючі» люди ще з більшою ретельністю намагаються знайти підтвердження сенсу свого життя і самоактуалізіроваться в роботі. Постійні перевантаження в трудовій діяльності та неможливість людини позбутися від них веде до все більшого накопичення стресів, що тягнуть за собою виснаження життєвих сил і енергії людини [35, 48].

Варто відзначити, що зазвичай емоційне вигорання вивчається на

прикладі допомагають професій (психологів, лікарів, психотерапевтів, соціальних працівників тощо), в той час як сам феномен вигоряння зустрічається і в інших сферах діяльності, пов'язаних, наприклад, з ризиком для життя (військові, працівники правоохоронних органів, співробітників МНС тощо).

Симптомами вигорання є: постійне відчуття стурбованості з приводу роботи; почуття втоми і порожнечі, пов'язане з нею; роздратування, спрямоване на колег або на суб'єктів ділового спілкування; ставлення до здійснюваної роботи як до тяжкої необхідності, а не як до того, що може приносити задоволення [24, 39]. Вигорання — відповідна реакція на тривалі стреси міжособистісних комунікацій, не просто результат, а наслідок некерованого стресу.

Ґрунтуючись на системному підході до вивчення феномена професійного вигорання, В. Є. Орел підкреслює, що його симптоми не є абсолютно незалежними один від одного, а перебувають у відносинах взаємозв'язку і взаємовпливу, утворюючи більші ієрархічні структури, що позначаються як фактори вигоряння. Структурно аспект аналізу проблеми професійного вигорання пропонується розглядати в сукупності всіх рівнів: емоційних, когнітивних, мотиваційних, поведінкових і соматичних проявів.

Зазначені фактори відіграють різну роль у формуванні професійного вигорання і мають різний ступінь мінливості. Наприклад, ключовим фактором в синдромі професійного вигорання є емоційна складова – емоційне виснаження, який має більшу структурну вагу і менший ступінь мінливості. Він в меншій мірі піддається як впливам чинників професійного середовища, так і специфіку змісту професії. Особистісні характеристики, що провокують вигоряння, В. І. Орел називає «каталізаторами», а які гальмують його процес – «інгібіторами» вигоряння [14]. Найбільш гнучким і схильним до трансформацій компонентом професійного вигорання є цинізм, специфіка проявів якого багато в чому залежить не тільки від змісту професії, а й від умов життєдіяльності суб'єкта, його індивідуально-психологічних якостей,

копінг-стратегій і копінг-ресурсів.

Провівши огляд факторів, що впливають на розвиток вигоряння, ми можемо прийти до висновку, що численні дослідження даних факторів не дали відповіді на питання про те, що ж є головним у виникненні цього явища. Фактори синдрому вигоряння традиційно групуються за двома напрямками: особливості професійної діяльності та індивідуальними характеристиками самих професіоналів. В якості індивідуальних чинників досліджувалися особистісні особливості, такі як стійкість до стресів, трудова мотивація, стратегія поведінки, особливості самооцінки, локусу контролю, комунікативні якості, стилі саморегуляції [4].

У даній роботі ми надаємо особливу важливість вивчення емоційної сфери медичних сестер. З одного боку, емоційну сферу можна розглядати, як чинник професійної відповідності та розвитку, а з іншого – саме емоційна сфера найбільш схильна до професійної деформацій, однією з різновидів якої є вигоряння [5, 26, 35]. Також не зовсім зрозуміло, чи може цей феномен взагалі бути відсутнім або бути слабко-вираженим у медичних працівників, що працюють в сфері діяльності «людина-людина», при певних матеріальних і соціально-психологічних умовах. Чи можна запобігти вигоряння або хоча б звести до мінімуму його наслідки? Роблячи огляд зарубіжної літератури з проблеми вигорання і його профілактиці, викладаючи результати власних досліджень, отриманих в різних професійних групах російських працівників, вчені, вважають, що на це питання можна дати позитивну відповідь. Вони впевнені, що при систематичній роботі по актуалізації особистісних ресурсів і оптимізації організаційних (середовищних) умов праці процес «загасання горіння» може бути не тільки зупинено, але і перетворений в «продуктивне горіння» [36, 43]

Таким чином, під «емоційним вигоранням» розуміється стан фізичного, емоційного і розумового виснаження. Даний синдром включає в себе три складові: емоційну виснаженість, деперсоналізацію і редукцію професійних досягнень.

1.2. Особливості формування емоційного вигорання медичних працівників

В процесі виконання будь-якої роботи людині властиво випробовувати фізичні і нервово-психічні навантаження, величина яких може бути різною в різних видах діяльності. При невеликих навантаженнях, які діють постійно, або значних разових навантаженнях несвідомо включаються природні механізми регуляції, і організм справляється з наслідками цих навантажень сам, без свідомої участі людини [45].

Аналіз наукових досліджень і праць вітчизняних і зарубіжних психологів дозволяє визначити основні чинники синдрому емоційного вигорання, що обумовлюють його виникнення (К. Маслач, Б. Перлман і Е. Хартман, А. Пайне, К. Кондо, Є. П. Ільїн, Н. В . Андрущенко, Е. Г.Чугіна, О. В. Крапівіна і ін.):

- особистісний, при якому цей синдром визначають індівідуально-психологічні властивості індивіда;
- організаційний, що фокусує свою увагу на аспектах робочого середовища: багатогодинному характер роботи, монотонності і одноманітності, нечітких вимогах до змісту, невідповідність характеру керівництва змістом роботи, відсутності можливості професійного зростання;
- рольовий, що реалізується в ролевій невизначеності, нечіткості посадових інструкцій і обов'язків, відсутності інтеграції зусиль, неузгодженості дій [14, 34].

В даний час встановлено, що «синдрому професійного вигорання більше схильні до фахівці, які за родом своєї діяльності змушені здійснювати численні й інтенсивні контакти з іншими людьми (працівники соціальної сфери – педагоги, психологи, лікарі, юристи і працівники органів міліції, лікарі та медсестри [23]. Одне з перших місць за ризиком виникнення професійного вигоряння займає професія медичної сестри. Її робочий день –

це найтісніше спілкування з людьми, в основному з хворими, які вимагають невсипущої турботи і уваги. Стикаючись з негативними емоціями, медсестра мимоволі і мимоволі втягується в них, в силу чого починає і сама відчувати підвищену емоційну напругу. Найбільше ризику виникнення СЕВ схильні особи, що пред'являють непомірно високі вимоги до себе. Справжній медик в їхньому уявленні - це зразок професійної невразливості і досконалості. Вхідні в цю категорію особистості асоціюють свою працю з призначенням, місією, тому в них стирається грань між роботою та приватним життям.

З них трьох типів медичних сестер загрожує СЕВ [44]:

- 1-й – «педантичний», що характеризується сумлінністю, яка була зведена в абсолют, надмірної, болючою акуратністю, прагненням в будь-якій справі домогтися зразкового порядку (навіть на шкоду собі);
- 2-й – «демонстративний», який прагне бути першим у всьому, завжди бути на виду. Цьому типу властива висока ступінь виснаження при виконанні навіть непомітною рутинної роботи;
- 3-й – «емотивний», що складається з вразливих і чутливих людей. Їх чуйність, схильність сприймати чужий біль як власну межує з патологією, з саморуйнуванням. При обстеженні медичних сестер встановлено, що РЕВ проявляється у них неадекватним реагуванням на пацієнтів і своїх колег, відсутністю емоційної залученості, втратою здатності до співпереживання пацієнтам, втомою, що веде до редукції професійних обов'язків і негативного впливу роботи на особисте життя [33, 47].

Серед особистісних особливостей, що сприяють емоційному вигоранню, Х. Дж. Фрейденберг виділяє емпатію, гуманність, ідеалізування, інтровертированність, фанатичність. Роджерс, Добсон виділяють наступні особистісні фактори: схильність до інтроверсії (низька соціальна активність і адаптованість), реактивність, жорсткість і авторитарність по відношенню до інших, низький рівень самоповаги, надмірно висока або низька мотивація

успіху, трудоголізм, високий рівень емпатії, реакція на стрес по типу «А», вік, професійний стаж [8, 16]. При обстеженні медичних сестер відділень встановлено, що СЕВ проявляється у них неадекватним реагуванням на пацієнтів і своїх колег, відсутністю емоційної залученості, втратою здатності до співпереживання пацієнтам, втомою, що веде до редукції професійних обов'язків і негативного впливу роботи на особисте життя [3, 18].

М. Фрідман, Р. Розенман описали тип особистості «А», який, на думку авторів, відрізняється високим суб'єктивним значенням професійної діяльності в сукупності з низьким рівнем стійкості до стресу і фрустрації, що поєднується з високим темпом життя, схильністю до лідерства, визнання і тягою до змагання, і навіть агресивності. Сюди також можна додати і високий рівень негативних емоцій, що є наслідком психічного перевантаження, і прагнення до досконалості, і пов'язану з цим незадоволеність ефективністю своєї діяльності, в поєднанні з відсутністю соціальної підтримки. Вищесказане дозволяє віднести тип «А» до групи ризику швидкого розвитку синдрому професійного вигорання [14].

Медичні сестри часто стикаються з високим рівнем стресу в повсякденній роботі і більш схильні до ризику виникнення психічних розладів, наркоманії, самогубств. За родом своєї роботи вони піддаються безлічі емоцій, в тому числі почуттю невдачі і розчарування, якщо у пацієнта прогресує хвороба, а так само почуття безсилля проти хвороби, страху захворіти самому або померти. Ці емоції, які виникають з взаємин медик-пацієнт, потужні за своєю природою і здатні викликати стрес. Звідси випливає підвищення ризику розвитку коронарних захворювань та інших психосоматичних розладів на тлі несприятливих наслідків такого типу поведінки [8, 24].

Медичні працівники піддаються впливу стресів від різних ситуацій, які виникають за межами цих відносин із пацієнтами. Вони повинні працювати у все більш суворих соціально-економічних умовах. Бюрократичні вимоги постійно зростають і змінюються. Медицина розвивається швидко і медичні

працівники повинні постійно вчиться новому. Остання публікація Всесвітньої медичної асоціації говорить: «Медичні працівники в багатьох країнах відчувають великі розчарування в здійсненні своїх професійних обов'язків, чи то через обмежені ресурси, державного і / або корпоративного мікрокерування надання медичної допомоги, то чи через сенсаційні повідомлення в ЗМІ про медичні помилки і неетичну поведінку лікарів або їхньої некомпетентності» [2, 16, 29].

Медичні сестри повинні виконувати адміністративні обов'язки частіше за своїх професійних зобов'язань, наприклад, такі як вирішення кадрових питань. Не рідко, намагаючись уникнути стресів, медики вводять себе в стан емоційної відчуженості, соціальної ізоляції і заперечення існуючої проблеми. Досвід показує, що високі рівні стресу протягом тривалого періоду часу можуть мати непоправні наслідки для медсестер. Одним з таких наслідків є зайве співчуття, від якого медик може відчувати неймовірну втому, емоційне виснаження. Більшість лікарів прагне стати милосердним до своїх пацієнтів і до своєї роботи. Працюючи в виснаженому стані, вони, ймовірно, відчувають дискомфорт [23].

Вплив важких і хронічних стресів можуть привертати до різних психічних захворювань і дисфункцій, в тому числі до депресій, тривожності, порушень сну і втоми, залежно від алкоголю і наркотиків, сімейним чварам, передчасного виходу на пенсію і, мабуть, найбільш серйозного – самогубства. Як група, медичні сестри мають вищу поширеність депресій і вигорань, ніж населення в цілому і інші професійні групи. Одна цікава знахідка про депресію у медичних сестер полягає в тому, що багато факторів ризику, пов'язані з депресією в загальній популяції не застосовні до них. До таких факторів ризику відносяться: низький соціально-економічний статус, низький рівень освіти, безробіття [19, 50].

Важливо визнати, що вигоряння проявляється в контексті робота-стрес. Позитивним аспектом робочого середовища є більш низький рівень стресу для співробітників; проте зворотне наслідок теж може бути правдою, тобто

коли ці позитивні якості відсутні, рівень стресу і, отже, ризик вигоряння може збільшуватися. Атрибути сприятливих умов праці включають в себе організаційні аспекти. Наприклад, система внутрішнього зв'язку, можливість надати потрібну інформацію потрібним людям в потрібний час; надання послуг дитячого садка і зменшення дзвінків, пов'язаних з роботою; можливості професійного розвитку для співробітників; компетентність керівництва.

Медичні працівники, що працюють в середовищі, де ці позитивні якості відсутні або їх недостатньо, можуть відчувати більш високі рівні стресу і бути схильні до вигоряння. Робоче середовище, де не виявляють уваги до надмірних навантажень, понаднормової роботи, втоми, обмеження самостійності і впливу структурних та організаційних змін на клінічну практику, сприяє вигоряння [16].

Як ми вже відзначали, професія медичних працівників серед інших категорій професій людина-людина займає перше місце. 95,5% медиків можуть страждати синдромом емоційного вигорання. Треба назвати специфічні професійні причини стресу у медичних працівників [11]:

- відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів;
- динамічність ситуації і необхідність оперативного прийняття рішень (особливо у відділеннях екстреної допомоги, реанімації);
- тривалість перебування в поле негативних емоцій: страждання, біль, відчай і інші;
- необхідність підтримувати високу концентрацію уваги і контролювати свою діяльність незалежно від ситуації і фізіологічного стану;
- безпосередня небезпека, що виходить від деяких пацієнтів (злочинців, наркоманів, агресивно налаштованих).
- Їх доповнюють і несприятливі фізичні умови роботи:
- тривале перебування (від 2 до 12 годин і більше) в умовах закритого простору (наприклад, операційної);
- тривале перебування в статичному стані, у вимушеній позі;

- необхідність взаємодії з психоактивними речовинами (в умовах психіатричного відділення), засобами для наркозу;
- ризик зараження інфекційними захворюваннями хворих. Це питання дуже важливе, навіть з’явився термін внутрішньо лікарняна інфекція (ВЛІ);
- робота з медичною апаратурою, інструментарієм [26].

У багатьох медиків немає нікого, крім дружини або чоловіка, з ким можна було б поговорити про що-небудь особисте. При цьому вони ризикують зіпсувати особисті взаємини, вносячи професійні питання в будинок і будучи не в змозі виконувати інші обов'язки. За матеріалами західних періодичних видань, число розлучень в сім'ях медиків на 10-20% вище, ніж у загальній популяції. Шлюби, в яких чоловік і дружина – медичні працівники, частіше бувають нещасливими [19]

І все ж є деякі підстави припускати, що зв'язок між конкретними аспектами вигоряння і задоволеності роботою може змінюватися з плином часу. Такі фактори, як досягнення з одного боку балансу між роботою та особистим життям і підвищення задоволеності роботою з іншого, можуть протистояти вигоряння. Розуміння такої динаміки факторів ризику може допомогти нам розробити більш надійні стратегії проти вигоряння, і явно заслуговують подальшого дослідження [21, 39].

Вигорання у медсестер – це глобальне явище. В силу своєї професії, лікарі є вразливою групою з вигоряння. Вигорання у медсестер може привести до погіршення якості допомоги, яка надається пацієнтам, зростання помилок. Підвищення стійкості і залучення в роботу на індивідуальному рівні медсестер, а також створення позитивної робочої середовища, ймовірно, допоможе вирішити проблему вигорання серед медичних працівників. Коли справа доходить до вигоряння, попередження чинників, набагато вигідніше, ніж лікування [30].

1.3. Фактори, що сприяють виникненню симптомів емоційного вигорання

В. В. Бойко розглядає вигорання як процес, що протікає відповідно до основних фазами розвитку стресу, визначальними основну симптоматику кожного етапу розвитку вигоряння. Емоційне вигоряння визначається їм як вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового винятку емоцій або зниження їх енергетики у відповідь на вибрані психотравмуючі впливи [20, 49].

Фактори, що провокують формування професійного вигоряння, підрозділяються на [5]:

- зовнішні:
    - хронічна напружена психоемоційна діяльність;
    - дестабілізує організація діяльності;
    - підвищена відповідальність за виконання функцій і операцій;
    - неблагополучна психологічна атмосфера професійної діяльності;
    - психологічно важкий контингент, з яким має справу професіонал у сфері спілкування;
- внутрішні:
    - схильність до емоційної ригідності;
    - інтенсивна інтеріоризація (сприйняття і переживання) обставин професійної діяльності;
    - слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності;
    - моральні дефекти і дезорганізація особистості [40].

Розвиваючи концептуальні положення В.В. Бойко, можна уявити професійне вигоряння у вигляді емоційної компонентної складової загального адаптаційного синдрому [13, 38]. На тлі впливів екстремальних умов середовища формується «емоційне напруження» і «емоційна напруженість» (по К.К. Платонову). В цьому періоді емоційний фон в структурі функціональних резервів значний.

Ряд досліджень свідчить про те, що розвиток феномена емоційного вигорання тісно пов'язане зі зниженням показників психологічної адаптації. У роботах Б. Ф. Березина і М. М. Скугаревской виділені групи випробовуваних, що диференціюються за їхньою здатністю до соціально-психологічної адаптації. У групі особі високими показниками вигоряння визначалося зниження показника стійкості систем інтеграції поведінки, підвищення фрустраційної напруженості, рівня тривоги, зниження порога фрустрації, а також зростання індексу дезадаптації. Таким чином, можна зробити висновок, що розвиток феномена «емоційного вигорання і процесу соціально-психологічної дезадаптації обумовлюються одними і тими ж індивідуально-психологічними особливостями [10, 49].

Найбільш уразливими до вигоряння вважають тих, хто дозволяє стресові ситуації агресивно, в суперництві, нестримано, за всяку ціну, а також «трудоголіків», тобто людей, які вирішили присвятити себе тільки реалізації робочих цілей, яка знайшла своє місце і працює до самозабуття. Цьому відповідає і дане К. Кондо образне тлумачення цієї якості: «Ті, хто працює пристрасно, з особливим інтересом, довгий час допомагаючи іншим, починають відчувати розчарування, тому що не вдається досягти того ефекту, якого очікували; така робота супроводжується надмірною втратою психологічної енергії, призводить до психосоматичної втоми (виснаженню) і емоційного виснаження (вичерпання) і як результат занепокоєння (тривога), роздратування, гнів, знижена самооцінка на тлі прискореного серцебиття, задишки, шлунково-кишкових розладів, головного болю, люмбаго, зниженого тиску, порушення сну, а також сімейні проблеми» [14, 52].

Виходячи з факторів ризику формування професійного вигоряння і біопсихосоціальної парадигми психічного здоров'я, П. І. Сидоров, А. Г. Соловйов і І.А. Новикова (2007) умовно поділяють симптоми проявів професійного вигоряння на три групи:

- психофізіологічні:
    - почуття постійної, невиліковної втоми не тільки вечорами, але

і вранці, відразу після сну (симптом хронічної втоми);

- відчуття емоційного і фізичного виснаження;
- зниження сприйнятливості і реактивності на зміни зовнішнього середовища (відсутність реакції цікавості на факт новизни або реакції страху на небезпечну ситуацію);
- загальна астенізація (слабкість, зниження активності і енергії, погіршення біохімічних показників крові і гормональних показників);
- часті безпричинний головний біль, постійні розлади шлунково-кишкового тракту;
- різка втрата або збільшення ваги;
- повне або часткове безсоння (швидке засинання і відсутність сну рано вранці, починаючи з 4 годин ранку, або, навпаки, нездатність заснути до 2-3 години ночі і важке пробудження вранці, коли потрібно вставати на роботу);
- постійна загальмованість та сонливість і бажання спати протягом всього дня;
- задишка або порушення дихання при фізичному або емоційному навантаженні;
- помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості: погіршення зору, слуху, нюху і дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів;

- соціально-психологічні [26]:
  - байдужість, нудьга, пасивність і депресія (знижений емоційний тонус, відчуття пригніченості);
  - підвищена дратівливість на незначні, дрібні події;
  - часті нервові зриви (спалахи невмотивованого гніву або відмови від спілкування, відхід у себе);
  - постійне переживання негативних емоцій, для яких у зовнішньої ситуації причин немає (почуття провини, образи,

підозрілості, сорому, скутості);

- почуття неусвідомленого занепокоєння і підвищеної тривожності (відчуття, що «щось не так, як треба»);
- почуття гіпервідповідальності і постійне відчуття страху, що «не вийде» або людина «не впорається»;
- загальна негативна установка на життєві і професійні перспективи (за типом «як не старайся, все одно нічого не вийде».

- поведінкові [8]:
  - відчуття, що робота стає все важче і важче, а виконувати її – все важче і важче;
  - співробітник помітно змінює свій режим дня (рано приходить на роботу і пізно йде або, або навпаки, пізно приходить на роботу і рано йде);
  - незалежно від об'єктивної необхідності працівник постійно бере роботу додому, але вдома її не чинить;
  - керівник відмовляється від прийняття рішень, формулюючи різні причини для пояснень собі та іншим;
  - почуття марності, невіра в поліпшення, зниження ентузіазму по відношенню до роботи, байдужість до результатів;
  - невиконання важливих, пріоритетних завдань і «застрявання» на дрібних деталях, які не відповідають службовим вимогам, трата більшої частини робочого часу на мало усвідомлюване або неусвідомлюване виконання автоматичних і елементарних дій;
  - дистанційованість від співробітників і пацієнтів, підвищення неадекватної критичності;
  - зловживання алкоголем, різке зростання викурених за день сигарет, застосування психоактивних речовин [15].

Вплив вікових особливостей на ефект вигорання на сучасному етапі

вивченості феномену неоднозначно. Логічно вважати, що найбільша схильність до емоційного вигоряння є у людей старшого віку, зі значним досвідом трудової діяльності. Однак в деяких дослідженнях виявлена схильність до вигоряння осіб не тільки старшого, а й молодого віку. С. Иевлева і Т. Шаталова вважають, що ознаки феномена емоційного вигорання можуть з'явитися з перших же місяців роботи. Схильність молодших за віком до вигорання пояснюється емоційним шоком, який вони відчувають при зіткненні з реальною дійсністю, часто не відповідає їхнім очікуванням. Вік, безумовно, корелює з показником фактора емоційного вигорання, хоча молоді мають більш виражені переживання емоційного вигорання [37]

Схильні віковим кризам співробітники найбільш схильні до професійного вигорання. До них відносяться криза професійного самовизначення (20-23 роки), криза сенсу життя (30 років), криза середнього віку (40-45 років). Крім того, професійного вигорання схильні працівники, професійна діяльність яких проходить в умовах гострої нестабільності і хронічного страху втрати робочого місця. До такої групи належать, перш за все, люди старше 45 років, для яких ймовірність знаходження нового робочого місця знижується [16].

Більшість дослідників аналізованої нами проблематики приходять до висновку про те, що жінки більше схильні до емоційного вигорання, ніж чоловіки, тому як саме вони постійно відчувають внутрішньо-особистісний конфлікт, пов'язаний з роботою. Саме жінки, які відчувають пресинг з боку суспільства через суперечності між роботою і сім'єю, доводячи свої професійні права та можливості, відчувають сильні переживання [27]. Вплив таких кар'єрних орієнтацій як стабільність і інтеграція стилю життя на збільшення вираженості синдрому емоційного вигорання розглядав дослідник Н. В. Андрущенко. Їм розглядалася неможливість задовольнити потребу в стабільності і оптимальному співвідношенні кар'єри, особистого життя і саморозвитку, що сприяє зростанню емоційного вигорання. Також

доведено, що гендерні відмінності в природі синдрому емоційного вигорання виявляються і при окремих складових синдрому - його симптомах. Так, виявлено, що чоловікам більше властиві високий ступінь деперсоналізації і висока оцінка своєї професійної успішності, а жінки більш схильні до емоційного виснаження [11, 26]

Організаційний фактор емоційного вигорання пов'язаний з тим, що робота може бути багатогодинний, що не оцінюється належним чином, має важко вимірюваний зміст, що вимагає виняткової продуктивності або відповідної підготовки, або з тим, що характер керівництва з боку «вищих чинів» не відповідає змісту роботи. Тому до професійно-організаційних (корпоративних) факторів ризику «вигорання» відносяться:

- несправедливість і нерівність взаємин в організації;
- негативні або «холодні» відносини з колегами,
- відсутність корпоративної згуртованості,
- слабка організаційна культура;
- внутрішні конфлікти;
- дефіцит адміністративної, соціальної та професійної підтримки;
- жорсткий контроль, який заважає ініціативності і творчості;
- відстороненість від прийняття рішень,
- відсутність необхідної зворотного зв'язку від керівництва або інших підрозділів організації [41].

Інтегрування в єдине ціле всіх підструктур вигоряння і специфічна комбінація їх проявів і становлять сутність професійного вигоряння медичних сестер, будучи своєрідним системним якістю даного феномена. Важливо визнати, що вигоряння проявляється в контексті робота-стрес. Позитивним аспектом робочого середовища є більш низький рівень стресу для співробітників; проте зворотне наслідок теж може бути правдою, тобто коли ці позитивні якості відсутні, рівень стресу і, отже, ризик вигоряння може збільшуватися. Атрибути сприятливих умов праці включають в себе організаційні аспекти. Наприклад, система внутрішнього зв'язку, можливість

надати потрібну інформацію потрібним людям в потрібний час; надання послуг дитячого садка і зменшення дзвінків, пов'язаних з роботою; можливості професійного розвитку для співробітників; компетентність керівництва [22].

Медпрацівники, які працюють в середовищі, де ці позитивні якості відсутні або їх недостатньо, можуть відчувати більш високі рівні стресу і бути схильні до вигоряння. Робоче середовище, де не виявляють уваги до надмірних навантажень, понаднормової роботи, втоми, обмеження самостійності і впливу структурних та організаційних змін на клінічну практику, сприяє вигоряння [31].

На останок можна згадати ще про один важливий чинник, що обумовлює синдром емоційного згоряння - наявність психологічно важкого контингенту, з яким доводиться мати справу професіоналові у сфері спілкування. До таких відносять тяжкохворих, у тому числі хворих на невиліковні хвороби, людей, з відхиленнями психічного характеру, яскраво акцентуйованих конфліктних особистостей, «важких підлітків» тощо [46].

.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ І ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У МЕДСЕСТЕР

2.1. Характеристика вибірки

Побудова вибірки включає в себе два основних аспекти:

- розрахунок обсягу вибірки (відповідає на питання «Скільки людей / документів / спостережень нам потрібно опитати / вивчити / провести?»);
- визначення типу вибірки, розробка її процедури (відповідає на питання «Яким чином їх відібрати?»).

Поняття вибірки актуально практично для всіх кількісних досліджень незалежно від застосовуваного методу. Процедура реалізації вибірки визначається дослідними методами, наприклад, відбір респондентів для участі в опитуванні та відбір документів для контент-аналізу істотно відрізняються.

Однорідність генеральної сукупності: чим менше характеристик цільової групи дослідження впливають на досліджувану проблему, тим менше необхідна вибірка. Іншими словами, з кожним фактором, вплив якого ми збираємося розглядати, обсяг вибірки збільшується. Тому недоцільно планувати аналіз по великій кількості факторів, серед них потрібно відібрати кілька (як правило, не більше 3-4) головних.

Необхідна точність аналізу. В залежності від мети дослідження: зі зменшенням обсягу вибірки збільшується її відхилення.

Особливості аналізу даних: якщо дослідження передбачає використання складних процедур аналізу (наприклад, аналіз взаємозв'язків між різними факторами, розрахунок кореляції, регресії тощо), то необхідний обсяг вибірки значно збільшується.

З огляду на складність побудови вибірки для кількісних досліджень, у

багатьох випадках неможливо обійтися без спеціального програмного забезпечення. Тому цей етап роботи краще довірити спеціалізованої дослідницької організації. При використанні якісних методів обсяг вибірки, як правило, визначається так званої «точкою насичення», тобто моментом, коли респонденти починають повторюватися, розповідаючи те, що дослідники вже чули в попередніх глибинних інтерв'ю. Залежно від складності досліджуваної проблеми і неоднорідності групи, з якої відбираються респонденти, кількість «глибинок», після якого настає насичення, істотно відрізняється.

Для нашої роботи нами була сформована вибірка із медичних сестер двох відділень: хірургічного та терапевтичного, у кожній групі було по 30 осіб (усього 60 працівників), які були однорідними за віком та гендерної приналежністю. Детальніше опис вибірки наведений нижче

2.2. Матеріали та методи дослідження

У відповідності з метою та задачами роботи для виявлення ознак синдрому емоційного вигорання були використані наступні методики:
Під час роботи нами застосовувалися як теоретичні, так і емпіричні методи дослідження

Теоретичні методи: аналіз літератури, навчальних видань, узагальнення передового досвіду, порівняння;

Емпіричні методи тестування, кількісний і якісний аналіз результатів дослідження, методи математичної обробки.

база дослідження

Дослідження проводилося на базі _____

(Назва лікарні)

Етапи дослідження:

- І етап: проведення анкетування для визначення соціо-демографічних параметрів медичних працівників (стаж роботи, наявність

кваліфікаційної категорії, вік, профіль відділення).

- II етап: проведення тестування серед медичних сестер за опитувальником «Оцінка професійної дезадаптації». Цей опитувальник розроблений О. Н. Родіною для оцінки робочого стану збиральниць мікросхем і адаптований для широкого застосування (оцінки стану робочих різних професій) М. А. Дмитрієвою. Опитування може проводитися як індивідуально, так і в групі. Піддослідним зачитують інструкцію і просять заповнити бланки для відповідей.

I етап

Були підготовлено анонімні анкети, в яких ми просили медичних сестер анонімно відповідати на питання та попередили, що результати будуть використані тільки для аналізу роботи.

Питання анкети для медичних сестер

Шановні колеги!

Дане анкетування проводиться в рамках дослідження по оптимізації роботи медичної сестри відділення. Просимо Вас відповісти на питання анкети, вибравши відповідь, який відповідає Вашу думку або викласти його на вільних рядках. Анкета є анонімною, і її результати будуть використовуватися тільки в узагальненому вигляді.

1). Вік: 20-30 років, 31-40 років, 41-50 років, 50 – 55 років 56 і > років

2). Сімейний стан:

- перебуваєте у шлюбі
- не перебуваєте в шлюбі
- розведені

3). Наявність дітей і утриманців (скільки? Вік?).

4). Умови проживання

- окрема квартира
- кімната в комунальній квартирі
- живете з батьками
- живете з дорослими дітьми

- свій варіант

5). Спосіб життя (зазначити кілька)

- активний: ходите в походи, подорожую, багато гуляю
- малоактивний: іноді куди-небудь виходжу
- пасивний: вважаю за краще проводити час вдома

6). Наявність шкідливих звичок: так (які), немає

- Тютюнопаління
- Вживання спиртних напоїв

7). Стаж роботи:

8). Освіта

- закінчена вища
- незакінчена вища
- середнє спеціальне

9. Кваліфікаційна категорія:

- вища
- перша
- друга
- немає категорії

10). Задоволеність роботою

- цілком задоволені
- задоволені не повною мірою
- не задоволені

11). Виробничі чинники, що негативно впливають на Вас на робочому місці (зазначити кілька). Підкресліть, будь ласка, то твердження, яке відповідає вашим переконанням. Причина незадоволеності

- Велика відповідальність
- Великі психологічні перевантаження
- Великий об'єм роботи
- Нездатність швидко приймати рішення і організовувати хворих
- 12 годинний робочий день

- інше
- Відсутні причини незадоволеності

12). Виробничі чинники, що позитивно впливають на Вас на робочому місці (зазначити кілька):

- улюблена робота,
- прекрасний колектив,
- можливість кар'єрного росту,
- можливість навчання та підвищення своєї кваліфікації,

13). Задоволеність заробітною платою:

- цілком задоволені
- задоволені не повною мірою
- не задоволені

14). Ваш вік

15). Ваш стаж роботи

16). Чим керувалися при виборі хірургічного або терапевтичного відділення як місця роботи

- матеріальні міркування
- випадково
- інтерес до хірургії чи терапії
- близькість роботи до місця проживання
- за розподілом

За результатами анкет ми зробили звіт результати цього опитування медичних сестер наведено в таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.1.

Розподіл медичних сестер лікарні за віком, стажем роботи та незадоволеністю умовами праці

Питання	Аналіз відповідей	
	Кількість людей (абс. число)	%

Вік		
20-30 років	6	10 %
31-40 років	15	25%
41-50 років	25	41,6%
50 – 55 років	9	15 %
56 та більше років	5	8,4 %
Стаж роботи		
До 5 років	4	6,6 %
5 – 10 років	20	33,3 %
10 – 15 років	30	50,0 %
Більше15 років	6	10 %
Причина незадоволеності роботою		
Велика відповідальність	5	8,4 %
Великі психологічні перевантаження	23	38,4 %
Великий об'єм роботи	20	33,4 %
Нездатність швидко приймати рішення і організовувати хворих	2	3,4 %
12 годинний робочий день	5	8,3 %
Інше	3	5%
Відсутні причини незадоволеності	2	3,4 %

Якщо проаналізувати отримані дані, то ми маємо наступний розподіл медичних сестер за віком (див. рис. 2.1.1.):

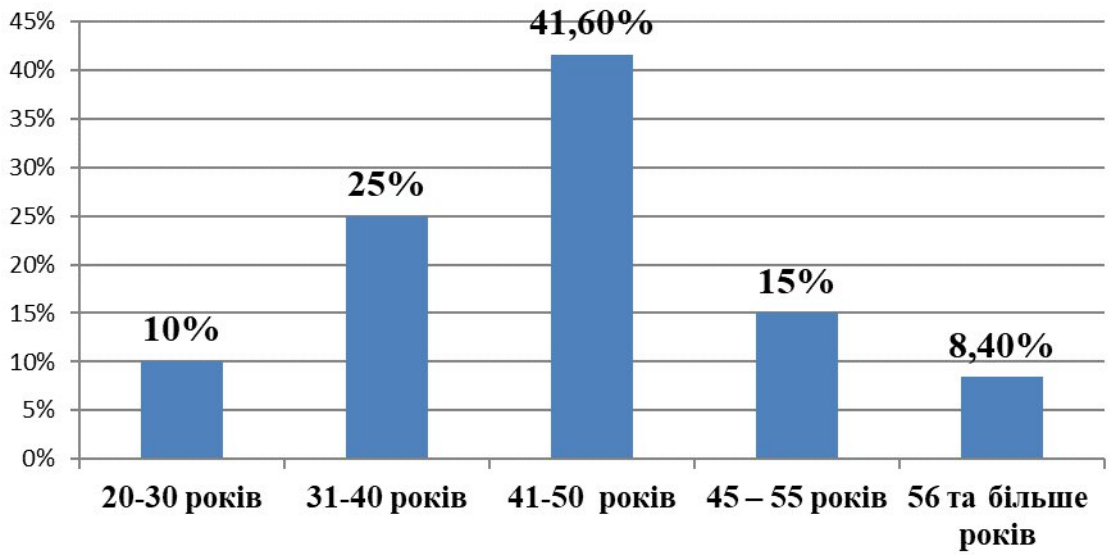


Рисунок 2.2.1. Розподіл медичних сестер лікарні за віком

Як ми бачимо, найбільше у виділеннях працюють м/с від 41 до 50 років – 41,6%.

Отримані дані про стаж роботи наведемо на рисунку нижче (див. рис. 2.2.2.):

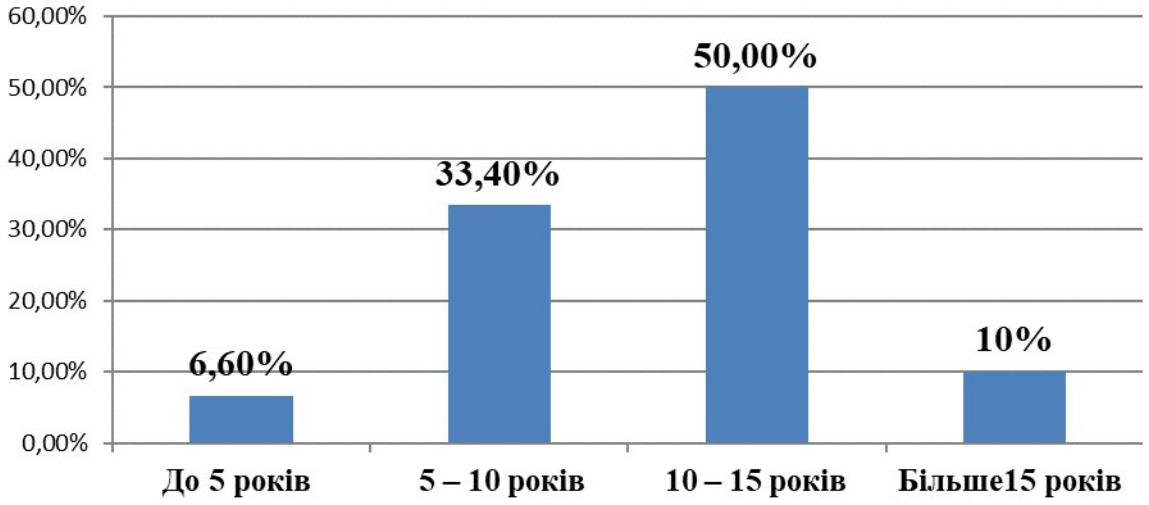


Рисунок 2.2.2 Розподіл медичних сестер лікарні за стажем роботи.

Найбільше медичних сестер вже досвідчені фахівці, з великим стажем роботи від 5 до 15 років (83,4 %)

Проаналізували причини незадоволеності роботою. Отримані результати покажемо графічно на рис. 2.2.3.

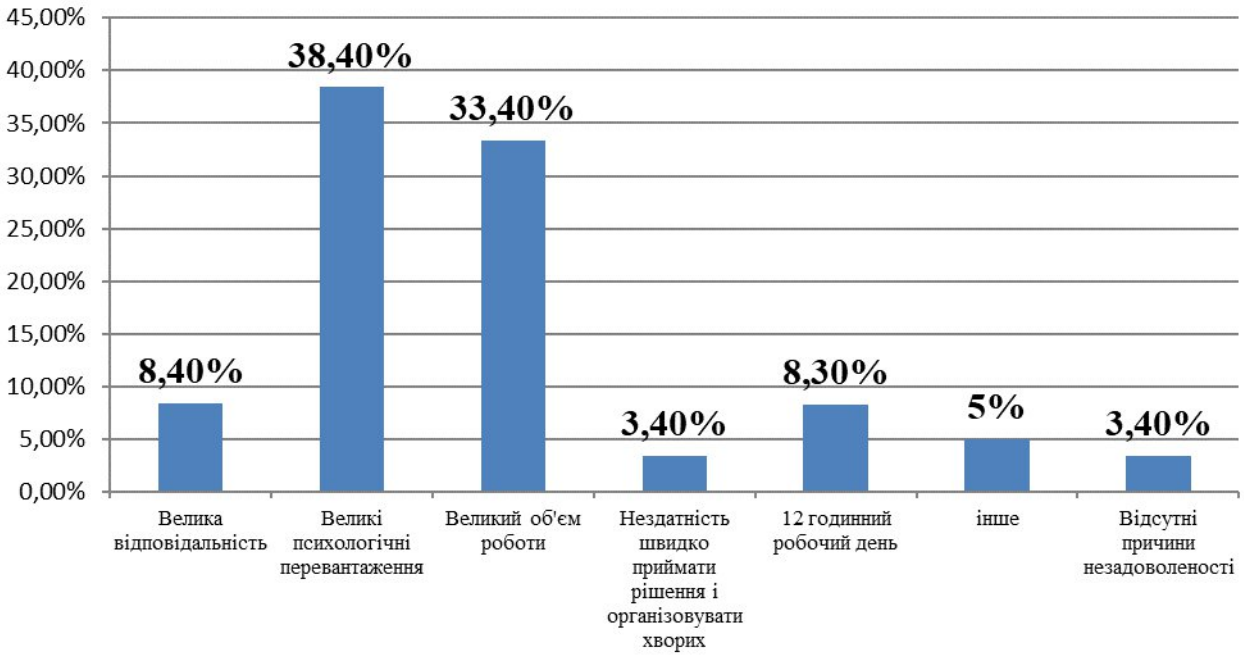


Рисунок 2.2.3. Причина незадоволеності роботою

Ми бачимо, що найчастішою причиною незадоволення роботою медичні сестри називають великі психологічні навантаження та великий об’єм роботи (відповідно 38, 4% та 33, 4 %). Це відповідає дійсності. Медичні сестри за робочу зміну піднімає до 50 пацієнтів-це велике фізичне навантаження для жінки.

2.3. Самоанкетування медичних сестер хірургічного відділення

Після аналізу анкет виявлено, що 27 осіб мають середню спеціальну освіту, вони мають дипломи медичних училищ або коледжів. 2 медсестри мають освіту бакалавра та одна вищу медсестринську – магістр сестринської справи. 60 % медичних сестер мають вищу категорію, 20 % - першу категорію, у 13 % відсутня категорія, у 7 % - друга категорія.

Як що, оцінити сімейний стан медичних сестер хірургічного відділення, то ми отримаємо наступну картину:

Таблиця 2.3.2

Сімейний стан	Абс. Число	%
перебуваєте у шлюбі	22	73,3
не перебуваєте в шлюбі	2	3,3
розведені	6	20

У основної маси медичних сестер хірургічного відділення – надійний захист - сім’я, що може оказувати позитивний вплив на емоційні показники та психологічний стан робітників.

Умови проживання медичних сестер хірургічного відділення проаналізовані наступними (див. рис.. 2.3.4):

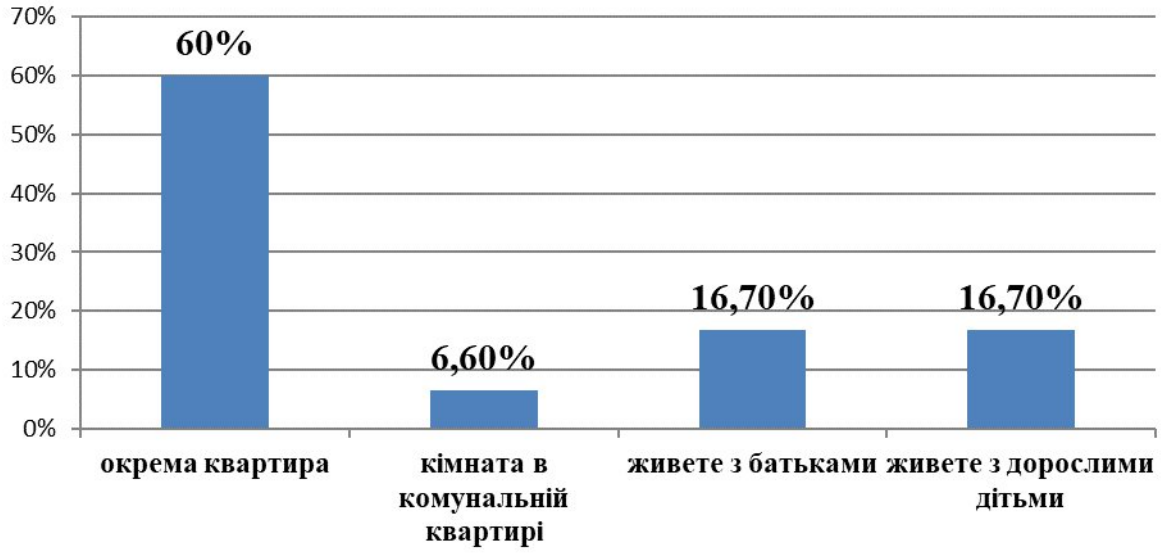


Рисунок 2.3.1. Умови проживання медичних сестер хірургічного відділення

При подальшому аналізі ми побачили, що медичні сестри, які проживали з батьками та дітьми, та були розведені, були більш підтверджені стресам. Робимо висновок, що умови життя, наявність сім’ї мають позитивний емоційний фактор.

Аналіз способу життя приведено в таблиці 2.3.3.

Таблиця 2.3.3.

Аналіз способу життя медичних сестер хірургічного відділення.

Спосіб життя	Абс. число	%
Активний	5	16,7 %
Малоактивний	10	33,3 %
Пасивний	15	50,0 %

Як ми бачимо, медичні сестри ведуть в основному пасивний спосіб життя (50%) що має негативний вплив на фізичні показники медсестер.

Нас також цікавили шкідливі звички медичних сестер хірургічного відділення, їхній аналіз наведений на рисунку нижче:

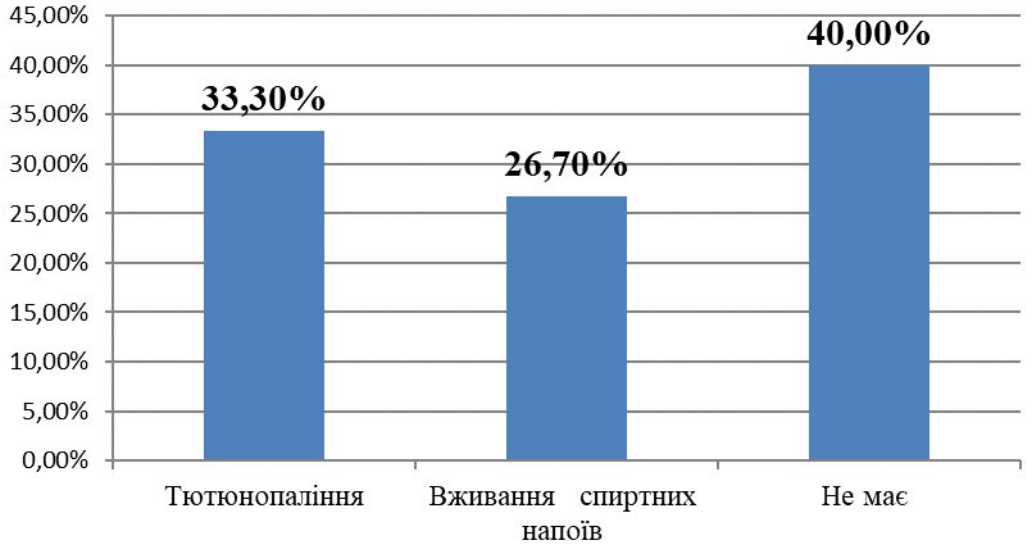


Рисунок 2.3.2. Шкодливі звички медичних сестер хірургічного відділення

На жаль, багато сестер мають шкодливі звички: 33,3 % палить, а 26,7% вживають спиртні напої. Це може опосередковано впливати на задоволеність роботою, яку ми оцінили останньою:

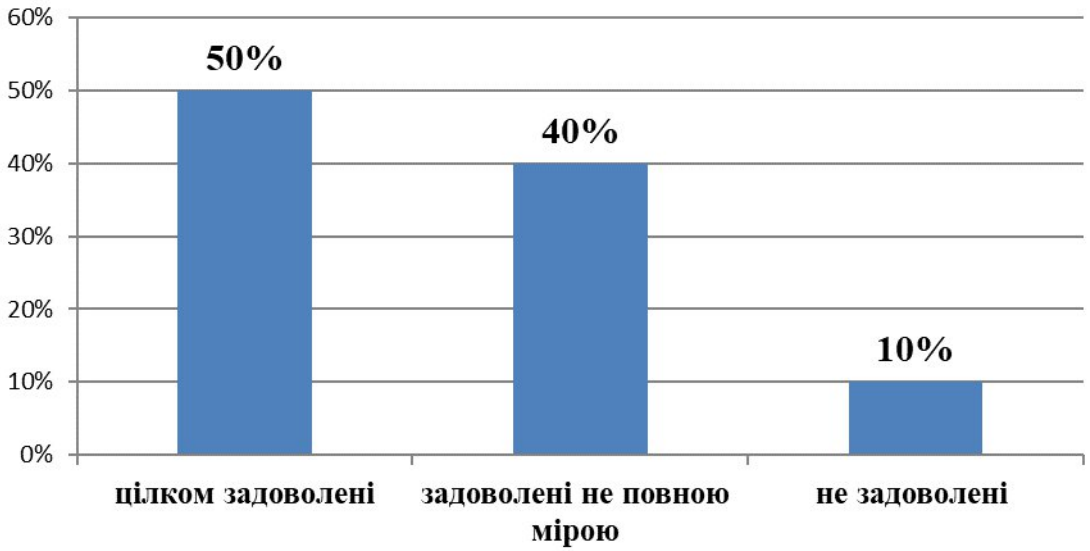


Рис. 2.3.3. Задоволеність своєю роботою

2.4. Самоанкетування медичних сестер терапевтичного відділення

Після аналізу анкет виявлено, що всі 30 сестер мають середню спеціальну освіту, вони мають дипломи медичних училищ або коледжів. 50 % медичних сестер мають вищу категорію, 20 % - першу категорію, у 14 % відсутня категорія, у 16 % - друга категорія.

Оцінюючи сімейний стан та умови проживання, ми отримали доволі схожі результати із результатами сестер хірургічного відділення:

Таблиця 2.4.1

	Абс. Число	%
Сімейний стан		
перебуваєте у шлюбі	18	60%
не перебуваєте в шлюбі	4	13,3
розведені	8	26,7
Умови проживання		
окрема квартира	15	50
кімната в комунальній квартирі	5	16,6

живете з батьками	4	13,4
живете з дорослими дітьми	6	20,0

Більшість сестер мають сім'ю та задовільні умови проживання. При подальшому аналізі ми побачили, що медичні сестри, які проживали з батьками та дітьми, та були розведені, були більш підтверджені стресам. Таку ж картину ми спостерігали у їх колег з хірургічного відділення. Робимо висновок, що умови життя, наявність сім'ї мають позитивний емоційний фактор.

Аналіз способу життя приведено в таблиці 2.4.2.

Таблиця 2.4.2.

Аналіз способу життя медичних сестер терапевтичного відділення.

Спосіб життя	Абс. число	%
Активний	9	30
Малоактивний	15	50
Пасивний	6	20

Медичні сестри ведуть в основному малоактивний спосіб життя (50%). Але ці показники кращі, ніж у медсестер хірургічного відділення.

Нас цікавили шкідливі звички медичних сестер терапевтичного відділення які ми проаналізували із отриманих анкети, результати наведені нижче (див. рис 2.4.1):

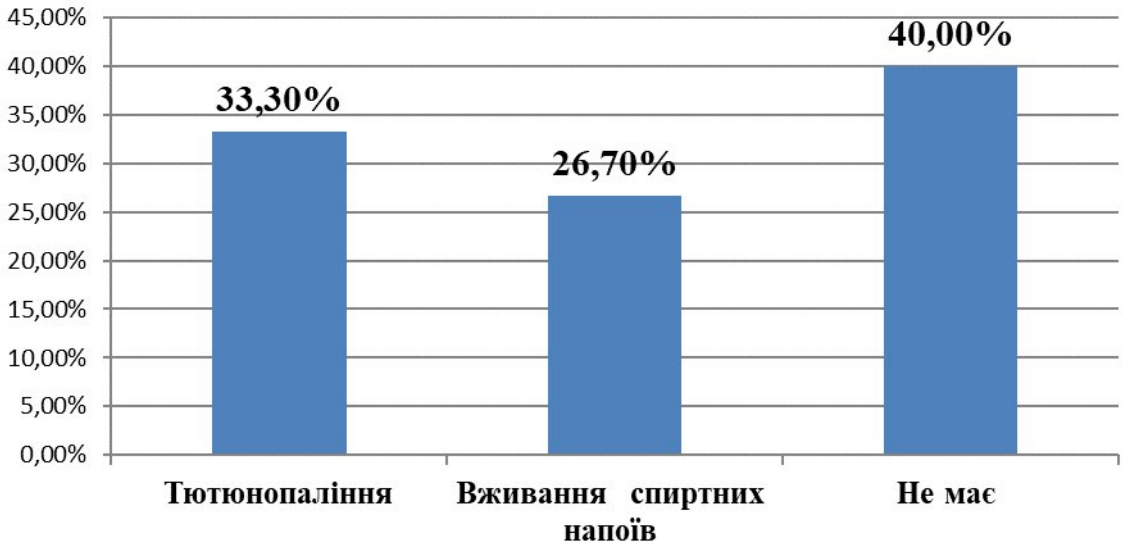


Рис. 2.4.1. Шкідливі звички медичних сестер терапевтичного відділення

На жаль, багато сестер мають шкодливі звички: 33,3 % палить, а 26,7 % вживають спиртні напої. Але 40 відсотків не мають шкодливих звичок. Задоволеність роботою результат покажемо нижче:

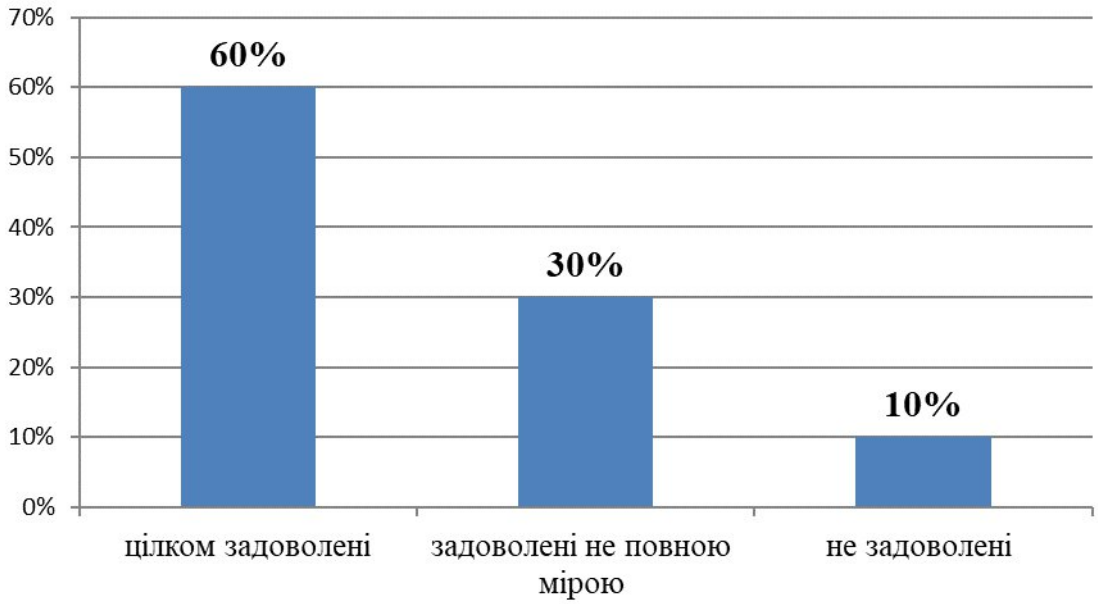


Рисунок 2.4.2. Задоволеність роботою медичних сестер терапевтичного відділення.

Таким чином, виявлено тісний взаємозв'язок комунікативних якостей особистості і синдрому емоційного вигорання дозволяє розглядати

сформованість цих якостей як прогностичний критерій розвитку вигоряння медичних сестер. Інноваційна діяльність середнього медичного навчального закладу є фактором попередження настання у майбутніх професіоналів – медичних сестер – синдрому емоційного вигорання.

Для успішної реалізації інноваційних програм середньої медичної ланки необхідно створення спеціальної системи психологічного супроводу навчальної діяльності, що дозволяє надавати «адресну» допомогу в індивідуальних труднощі учнів і медичних сестер. Основною ланкою цієї системи є структура психологічної служби, чия робота повинна будуватися на принципах тісної взаємодії і взаємодоповнення.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Аналіз результатів анкетування медичних сестер

Після проведення анкетування та аналізу його результатів проводимо аналіз та порівняння умов роботи та засобу життя медичних сестер терапевтичного та хірургічного відділення.

Оцінка рівня професійної дезадаптації була проведена нами у двох відділеннях лікарні _____ міста _____. У опитуванні брали участь 30 медичних сестер хірургічного відділення, та 30 медичних сестер — терапевтичного відділення, загальна характеристика та розподіл за певними категоріями яких було наведено в попередньому параграфі. На цьому етапі ми провели анкетування за анкетою «Оцінка професійної дезадаптації», яка розроблена О. Н. Родиною для оцінки робочого стану збиральниць мікросхем і адаптований для широкого застосування (оцінки стану робочих різних професій) М. А. Дмитрієвою. Анкета наведена у додатку 1.

Нами були опрацьовані опитувальники за О. Н. Родіної, а його інтерпритація та розшифрування наведені у таблиці 3.1. нижче:

Таблиця 3.1

Кількість балів за окремими ознаками

№ п / п	Ознака	Номери тверджень	сума балів
I	Погіршення самопочуття: емоційні зрушення особливості окремих психічних процесів зниження загальної активності відчуття втоми	 2, 4, 7, 10, 13, 14, 15, 31 24, 28, 32, 33 22, 23, 27, 29, 36 1, 8, 30, 34, 35, 63	
II	Соматовегетативні порушення	5, 37-54, 64	
III	Порушення циклу «сон - неспання»	55-62	
IV	Особливості соціальної взаємодії	3, 6, 9, 11, 12, 16-19	

V	Зниження мотивації до діяльності	20, 21, 25, 26	
	Всього балів		

Отримавши опитувальники ми підрахували загальну кількість балів (максимально можлива кількість балів — 128). Ступінь вираженості дезадаптації визначається кількістю набраних балів:

- 96 балів і більше - високий рівень дезадаптації, потребує вжиття невідкладних заходів (психологічних і медичних);
- від 65 до 95 балів - виражений рівень дезадаптації, вимагає обов'язкового втручання фахівців, зміни професії або проведення програми по реадаптації;
- від 32 до 64 балів - помірний рівень дезадаптації, вимагає надання допомоги фахівців з проведення реадаптації;
- до 32 балів - низький рівень дезадаптації, корисно проведення консультативної роботи фахівців.

Сума балів за окремими ознаками визначає ступінь їх впливу на загальний рівень професійної дезадаптації.

Першими були проаналізовані результати тестування хірургічних медсестер. Хірургічне відділення розташоване на третьому поверсі чотирьох поверхневого корпусу. Має 2 крила: чистої хірургії та гнійної хірургії, які відділено великим фойє з метою попередження внутрішньо лікарняної інфекції (ВЛІ). Нами було обрано по 10 сестер перев’язувального кабінету, операційного блоку та постові медичні сестри. Результати занесемо у таблицю 3.2.

Табл. 3.2.

Кількість балів за окремими ознаками у медичних сестер хірургічного відділення.

№	Ознака	Сума балів
I	Погіршення самопочуття	
	емоційні зсуви	7 ± 0,9
	особливості окремих психічних процесів	6 ± 1,5
	зниження загальної активності	7 ± 1,4

	відчуття стомленості	12 ± 3,9
II	Сомато-вегетативні порушення	15 ± 3,4
III	Порушення циклу сон - неспання	20 ± 4,6
IV	Особливості соціальної взаємодії	5 ± 0,6
V	Зниження мотивації до діяльності	5 ± 0,4
	Всього балів	77 ± 16,7

Як бачимо, найбільше число балів (20 ± 4,6) медичні сестри хірургічного відділення набрали з ознаки порушення сну–неспання. Це пов'язано з графіком роботи, найбільше страждають операційні медичні сестри.

Другими були проаналізовані анкети медичних сестер терапевтичного відділення. Терапевтичне відділення лікарні розташовано на другому поверсі чотирьох поверхневого корпусу. Нами було проведено анкетування у 30 медичних сестер, серед яких були маніпуляційні медичні сестри, постові медичні сестри, сестри фізіотерапевтичних кабінетів.

Користуючись ключем для підрахунку результатів, проводимо аналіз відповідей. Результати занесемо у таблицю 3.2.

Табл. 3.2.

№	Ознака	Сума балів
I	Погіршення самопочуття	
	емоційні зсуви	4 ± 0,2
	особливості окремих психічних процесів	3 ± 0,9
	зниження загальної активності	0
	відчуття стомленості	8 ± 0,6
II	Сомато -вегетативні порушення	10 ± 1,8
III	Порушення циклу сон - неспання	10 ± 2,5
IV	Особливості соціальної взаємодії	9 ± 1,6
V	Зниження мотивації до діяльності	5 ± 0,2
Всього балів		49 ± 7,8

Медичні сестри терапевтичного віддалення також страждають від порушення сну (10 ± 1,8).

Якщо ми порівняємо результати опитування по двом відділенням,

тобто загальну кількість балів після аналізу анкет , то ми отримаємо таку куртину (див. рис 3.1):

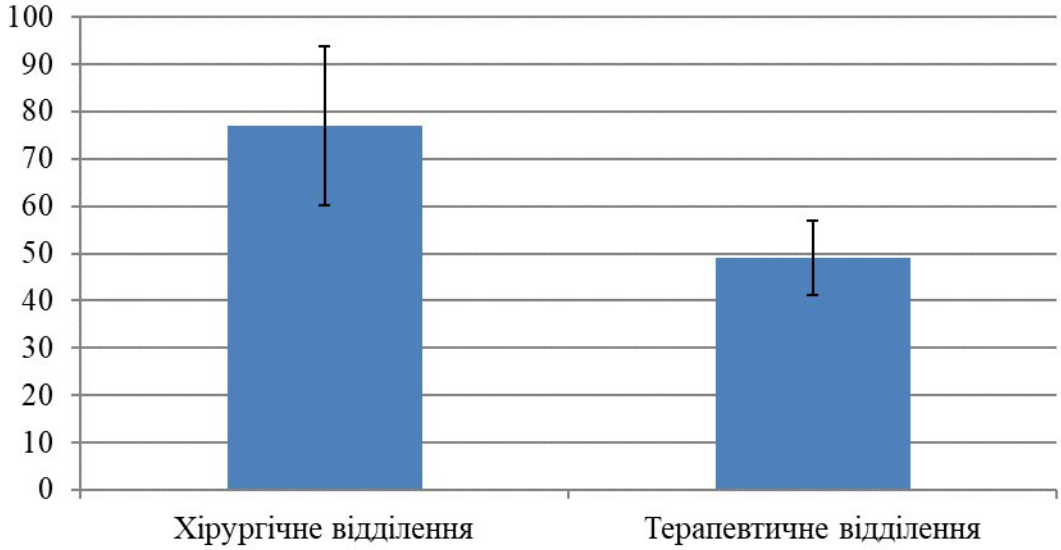


Рисунок 3. 1. Порівняння загальної суми балів між медичними сестрами хірургічного та терапевтичного відділення

На діаграмі ясно видно, що медичні сестри хірургічного відділення мають гірші показники в порівнянні з медичними сестрами терапевтичного відділення. Тобто вони схильні до емоційного вигорання.

Отже, розглянемо більш детальніше результати, отримані за допомогою даного опитувальника. Він виступив основою в диференціації вибірки за рівнем особистісного адаптивного потенціалу, ми вважали, що якщо стаж роботи та умови праці у медичних сестер рівні, а показники анкет різняться, то рівень професійного вигоряння залежить від індивідуальної «стійкості» або ж адаптації медичних працівників.

Тобто працівники із кількістю балів:

- від 65 до 95 ми відносили до групи низької адаптації,
- працівники із кількістю балів від 32 до 64 – до групи задовільної адаптації,
- працівники із кількістю балів до 32 – до групи високої адаптації.

Проаналізувавши анкети можемо сказати, що 66,7 % випробуваних

увійшли до групи високої й нормальної адаптації (серед них 38,9 % – персонал хірургічного відділення, і відповідно 92,3 % – працівників терапевтичного відділення), 20,9 % респондентів увійшли до групи задовільної адаптації (серед них 36,2 % – персонал хірургічного відділення, і відповідно 7,7 % – працівники терапевтичного відділення), 12,4 % випробуваних увійшли до групи низької адаптації (серед них 25,9 % – персонал хірургічного відділення, і 0 % – працівники терапевтичного відділення) (детальніше дивись рис. 3.2).

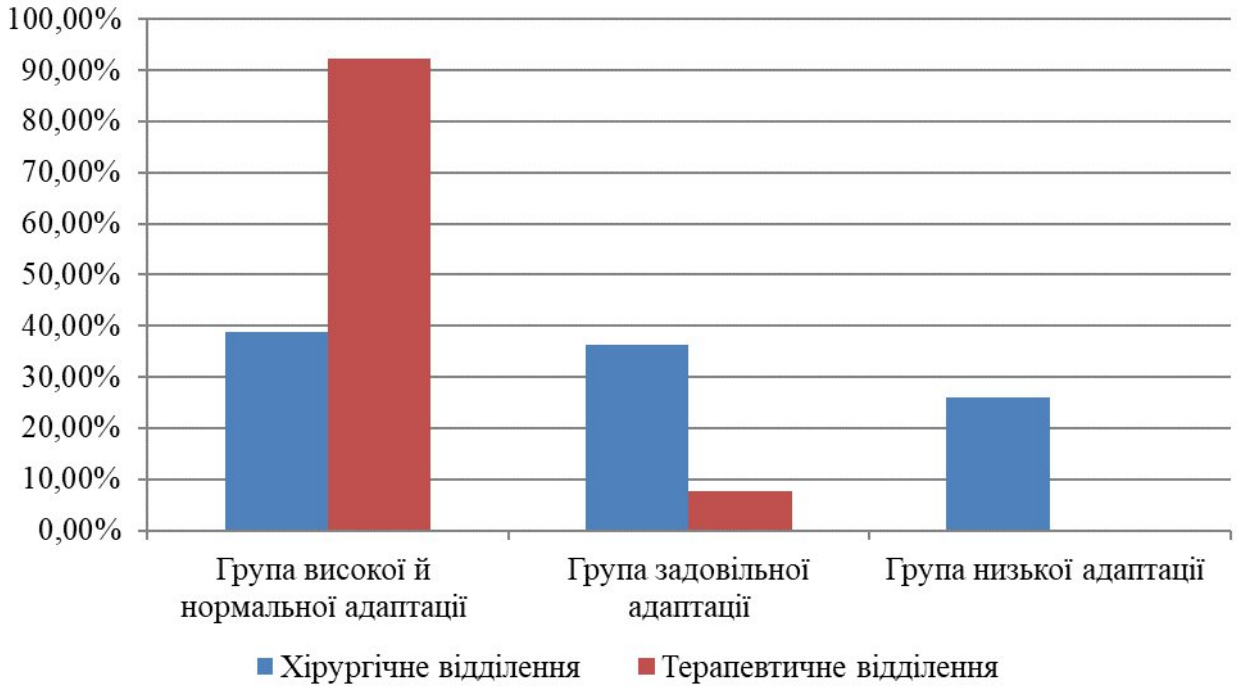


Рисунок 3.2. Відсотковий розподіл показників особистісного адаптаційного потенціалу персоналу хірургічного відділення та працівників терапевтичного відділення за результатами опитування

Отже, більше ніж половина, майже 67 % представників персоналу хірургічного відділення увійшли до групи високої й нормальної адаптації, необхідно зауважити, що майже всі працівники терапевтичного відділення (92,3%) увійшли саме до цієї групи. Вони досить легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко входять у новий колектив, досить легко й адекватно орієнтуються в ситуації, швидко виробляють стратегію своєї поведінки.

Такий психологічний профіль доволі часто характерний для медичних сестер, вони повинні адаптуватися до важких умов праці та протистояти професійному вигоранню. Більш висока часта таких медсестер. Що працюють у терапевтичному відділенні пов'язана із більш легкими умовами праці, тобто: менша кількість переробок, більш «легкі» за станом здоров'я пацієнти, менший тиск з боку родичів та лікарів.

Для профілактики емоційного вигорання важливо мати добре здоров’я. Але для вияснення цього питання ми провели опитування про наявність болю в спині.

Отримані результати стурбували усіх: 84% медичних сестер відчувають постійні болі в спині до кінця робочого дня незалежно від їх віку і стажу роботи, 10% - періодичні болі в спині до кінця робочого дня при стажі роботи до 5 років і віці до 28 років. Таким чином, 94 % обстежених медичних сестер мали проблеми з опорно-руховим апаратом. Результати показали недостатність знань з ергономічних "лістинг"- технологій, безпеці лікарняного середовища у медичних сестер, які працюють у відділеннях лікарні.

Які ж питання ми задавали медичним сестрам:

1. Чи доводиться вам піднімати та переміщувати пацієнтів?
2. Чи відчуваєте ви постійну біль у спині на протязі робочого дня?
3. Чи підтримуєте Ви правильне положення тіла?
4. Чи знаєте Ви, що таке ергономіка та біомеханіка тіла?

За підсумками анкетування, проведеного в ЛПУ серед фахівців сестринської справи, були отримані наступні результати:

- 84% медичних сестер відчувають постійні болі в спині на протязі робочого дня незалежно від їх віку і стажу роботи;
- 10% - періодичні болі в спині на протязі робочого дня при стажі роботи до 5 років;
- 6 % - болі не турбують ніколи.

Таблиця 3.3.

Питання до медичних сестер стосовно їх здоров'я

Питання	Відповіді (абс.число)	%
1.Чи доводиться вам піднімати пацієнтів?	60	100
2. Чи турбують вас болі у спині на протязі робочого дня	50	84
3. Чи турбують вас періодичні болі в спині на протязі робочого дня	7	10
4. Чи підтримуєте ви правильне положення тіла на роботі при переміщенні пацієнтів?	10	16
5. Чи знаєте Ви, що таке ергономіка та біомеханіка тіла ?	15	25

Підтримують правильне положення тіла на робочому місці 16 % медичних сестер; 20 % прагнуть дотримувати; 64% не надають значення правильному положенню тіла. І зовсім сумно, що 75 % респондентів не знають про поняття біомеханіки та ергономіки тіла медичної сестри.

Після порівняння стажу роботи з схильністю до СЕВ робимо висновок про взаємозв'язок між СЕВ та стажем роботи в медицині (див. табл..3.4)

Таблиця 3.4.

Взаємозв'язок між СЕВ та стажем роботи в медицині

Стаж	Вікова категорія	Причини
0-9 років	23-29 років	Невідповідність чекань та реалій професійної діяльності
10-19 років	30-39 років	Протистояння впливу емоційних факторів зовнішнього середовища в поєднанні інших факторів. Ця група найбільш підтверджена СЕВ
Більше 20 років	40 та більше років	Викові особливості. Криза ідентичності особистості.

Таким чином, за результатами обробки отриманих нами даних, ми можемо свідчити про багатосторонності і неоднозначності прояви такого

феномену як синдром емоційного вигорання, його взаємозв'язку з різними компонентами, в тому числі, особистісними особливостями. Отримані первинні дані нашого дослідження підтверджують наявність професійного стресу і певних стадій емоційного вигорання у медичного персоналу онкологічних лікарень. Дані результати можуть бути використані для розробки профілактичних і корекційних програм. Також облік зазначених даних свідчить про необхідність популяризації знань про синдром професійного вигорання у медичних працівників та його ранніх проявах з метою його подальшої корекції для збереження здоров'я медичного персоналу і продовження його професійного довголіття.

На базі отриманих результатів нами був розроблений тренінг, що включає в себе матеріали з вироблення адаптивних способів совладання зі стресовими ситуаціями, які виникають щодня у професійній діяльності, розвитку навичок рефлексії та саморегуляції. Детальніше він висвітлений у розділі 4 «РЕКОМЕНДАЦІЇ СПРЯМОВАНІ НА ЗНИЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ І ЗНИЖЕННЯ СТРЕСУ»

Через місяць ми знову провели анкетування за анкетою «Оцінка професійної дезадаптації» (автори О. Н. Родина та М. А. Дмитрієва)

Користуючись ключем для підрахунку результатів, проводимо аналіз відповідей. Результати занесемо у таблицю 3.5.

Таблиця 3.5.

Повторна оцінка рівня професійної дезадаптації медичних сестер у хірургічному відділенні

№	Ознака	Сума балів
I	Погіршення самопочуття	
	емоційні зсуви	5 ± 0,5
	особливості окремих психічних процесів	4 ± 0,3
	зниження загальної активності	5 ± 0,3
	відчуття стомленості	10 ± 4,6
II	Сомато-вегетативні порушення	12 ± 3,6
III	Порушення циклу сон - неспання	15 ± 2,9

IV	Особливості соціальної взаємодії	3 ± 0,4
V	Зниження мотивації до діяльності	2 ± 0,1
	Всього балів	56 ± 12,7

Як бачимо, після проведених занять сума рівня професійної дезадаптації медичних сестер у хірургічному відділенні значно знизилась на 21 бал (див. рис. 3.3):

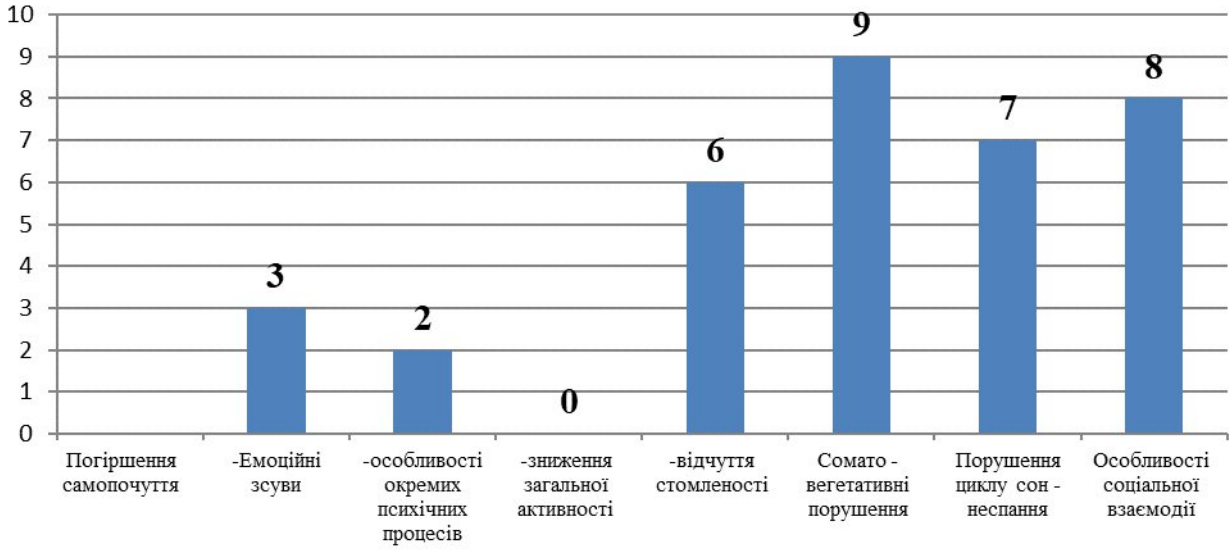


Рисунок 3.3. Повторна оцінка рівня професійної дезадаптації медичних сестер у хірургічному відділенні

Тепер проводимо такий же аналіз оцінки рівня професійної дезадаптації медичних сестер у терапевтичному відділенні. Отримані нами результати повторного тестування, наведені у таблиці нижче (див. таблицю 3.6):

Таблиця 3.6.

Повторна оцінка рівня професійної дезадаптації медичних сестер у терапевтичному відділенні

№	Ознака	Сума балів
I	Погіршення самопочуття	
	Емоційні зсуви	3 ± 0,2

	особливості окремих психічних процесів	2 ± 0,1
	зниження загальної активності	0
	відчуття стомленості	6 ± 0,9
II	Сомато-вегетативні порушення	9 ± 1,5
III	Порушення циклу сон - неспання	7 ± 1,9
IV	Особливості соціальної взаємодії	8 ± 1,6
V	Зниження мотивації до діяльності	3 ± 0,4
Всього балів		38 ± 6,6

Як бачимо, після проведених занять сума рівня професійної дезадаптації медичних сестер у терапевтичному відділенні також знизилась на 11 балів. За результатами таблиці будуємо графік (див. рис.3.4):

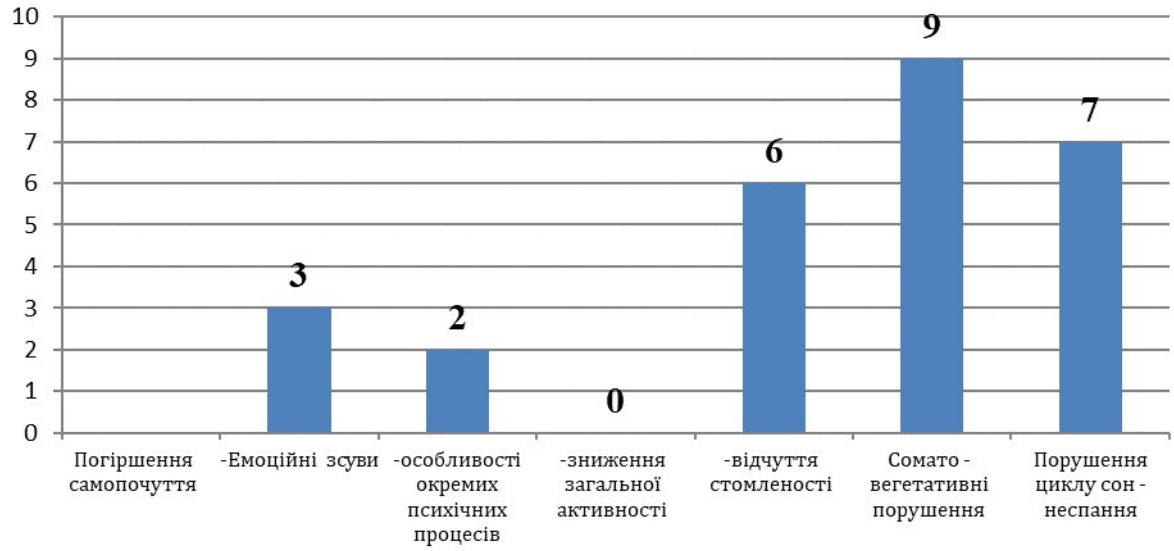


Рисунок 3.4. Повторна оцінка рівня професійної дезадаптації медичних сестер у терапевтичному відділенні

Як бачимо, результат покращав, кількість балів професійної дезадаптації медичних сестер у обох відділеннях набув позитивних змін та зменшився на 21 та 11 балів відповідно. Для наочності будуємо порівняльний графік, результати зносимо у таблицю 3.7.

Таблиця 3.7.

Повторна порівняльна оцінка рівня професійної дезадаптації медичних сестер у хірургічному та терапевтичному відділенні

	Хірургічне відділення	Терапевтичне відділення
На початку роботи	77 ± 16,7	49 ± 7,8
Після тренінгу	56 ± 12,7	38 ± 6,6

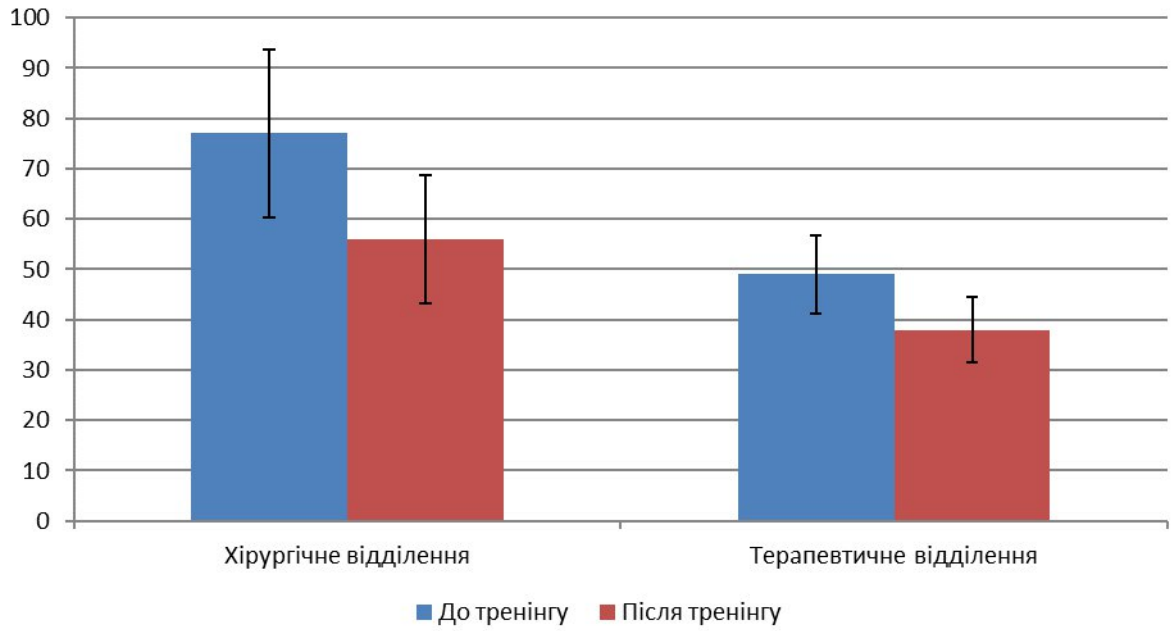


Рисунок 3.5. Порівняння результатів роботи на початку роботи та через місяць тренінгу у двох відділеннях

Тобто з метою направленої профілактики СЕВ потрібно:

- Розраховувати та розподіляти своє навантаження;
- Вчитися переключатись з одного виду діяльності на другий;
- Простіше відноситися до конфліктів на роботі;
- Не намагатися бути кращим завжди та у всьому.

Ми роздали всім учасникам пам’ятку:

1. Будьте уважними до себе: це допоможе вам своєчасно помітити перші ознаки втомленості.
2. Любіть себе або старайтесь собі подобатися.

3. Перестати шукати щастя або спасення у роботі. Вона – не притулок, а діяльність
4. Перестаньте жити за інших. Живіть будь ласка, своїм життям. Не замість людей, а разом з ними.
5. Знаходьте час для себе, ви маєте право не тільки на роботу, але й на власне життя

Літературні джерела, а також дане дисертаційне дослідження виразно продемонстрували, що в системі підготовки медичних сестер назріла гостра необхідність в психологічному супроводі, як самого процесу фахового становлення так і практичної діяльності.

Завдяки проведеному нами дослідженню можна визначити конкретні напрямки соціально-психологічної та медико-психологічної роботи з абітурієнтами, студентами та практикуючими медичними сестрами, оскільки були визначені питання професіоналізації медичних сестер, уявлення їх самих та пацієнтів про якості, які забезпечують ефективну лікувальну взаємодію, а також особистісні якості.

На сьогоднішній день в загальну систему освіти починають широко впроваджуватись різноманітні методики та програми психологічного супроводу професійного, та особистісного розвитку студентів. Однак в медицині такі технології майже повністю не використовуються. Хоча в медицині зокрема можна було б використовувати наступні [15, 24]:

- технології організації діяльнісного простору;
- технології інтенсивної суб'єктної самореалізації;
- технології продуктивної взаємодії;
- технології особистісної успішності;
- технології розвитку емоційної привабливості діяльності тощо.

Вони можуть супроводжувати студентів під час здобуття освіти в ході проведення лекцій, семінарських та практичних занять, майстер-класів, консультацій та тренінгів [25].

ВИСНОВКИ

Професія медичного працівника характеризується ступенем емоційних переживань, які фахівець відчуває в процесі професійної діяльності, так як на нього покладена величезна відповідальність за здоров'я пацієнтів. В результаті нашого дослідження нами поставлені і вирішені наступні завдання:

- вивчити проблему емоційного вигоряння в теоретичних джерелах;
- проаналізували виникнення синдрому «емоційне вигорання» у медичних сестер;
- запропонували методичні рекомендації щодо профілактики виникнення синдрому «емоційне вигорання»;
- провели дослідно - експериментальну роботу відповідно до гіпотезою дослідження.

В ході проведеної дослідно - експериментальної роботи була доведена гіпотеза дослідження: виникнення синдрому «професійного вигорання» найбільш схильні до фахівці, що належать до професійної групи медичних працівників. Досліджувана в роботі проблема, на наш погляд, є досить важливою, так як емоційне вигорання робить негативний вплив не тільки на медичних працівників, на їх діяльність і самопочуття, а і на тих, хто знаходиться поруч с ними. Це і близькі родичі, і друзі, пацієнти які змушені перебувати поруч, і в результаті цього стають заручниками синдрому.

Дезадаптація проявляється в різних порушеннях діяльності: в зниженні продуктивності праці і його якості, в порушеннях дисципліни праці, в підвищенні аварійності і травматизму. Критеріями психофізіологічної адаптації вважаються стан здоров'я, настрій, тривожність, ступінь стомлюваності, активність поведінки. Стійкі порушення психічної адаптації проявляються в клінічно виражених психопатологічних синдромах і (або) відмову від діяльності.

Виділяють наступні показники професійної дезадаптації:

- втома, стомлення, виснаження,
- психосоматичні нездужання,
- безсоння,
- негативне ставлення до роботи,
- убогість репертуару робочих дій,
- зловживання хімічними агентами: тютюном, кавою, алкоголем
- відсутність апетиту або переїдання,
- негативна професійна «Я-концепція»,
- агресивні почуття (дратівливість, тривожність, занепокоєння, збудження),
- занепадницькі настрої і пов'язані з ним емоції: цинізм, песимізм, почуття безпорадності, безнадійності, апатія, депресія,
- переживання почуття провини.

За результатами обробки отриманих нами даних, ми можемо свідчити про багатосторонності і неоднозначності прояви такого феномену як синдром емоційного вигорання, його взаємозв'язку з різними компонентами, в тому числі, особистісними особливостями. Отримані первинні дані нашого дослідження підтверджують наявність професійного стресу і певних стадій емоційного вигорання у медичного персоналу онкологічних лікарень. Дані результати можуть бути використані для розробки профілактичних і корекційних програм. Також облік зазначених даних свідчить про необхідність популяризації знань про синдром професійного вигорання у медичних працівників та його ранніх проявах з метою його подальшої корекції для збереження здоров'я медичного персоналу і продовження його професійного довголіття.

На базі отриманих результатів нами був розроблений тренінг, що включає в себе матеріали з вироблення адаптивних способів совладання зі стресовими ситуаціями, які виникають щодня у професійній діяльності, розвитку навичок рефлексії та саморегуляції.

Після проведення тренінгу результат покращав, кількість балів професійної дезадаптації медичних сестер у обох відділеннях набув позитивних змін та зменшився на 21 та 11 балів відповідно.

РЕКОМЕНДАЦІЇ СПРЯМОВАНІ НА ЗНИЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ І ЗНИЖЕННЯ СТРЕСУ

Якості, які допомагають фахівцеві уникнути емоційного вигорання.

1. Гарне здоров'я і свідома, цілеспрямована турбота про свій фізичний стан (постійні заняття спортом, здоровий спосіб життя); висока самооцінка і впевненість у собі, своїх здібностях і можливостях.
2. Досвід успішного подолання професійного стресу; здатність конструктивно змінюватися в напружених умовах; висока мобільність; відкритість; товариськість; самостійність; прагнення спиратися на власні сили.
3. Здатність формувати і підтримувати в собі позитивні, оптимістичні установки та цінності - як щодо самих себе, так і інших людей і життя взагалі. Формула виживання професора В. М. Шепеля: на кожні 6 годин неспання повинен припадає 1 година, присвячена собі, своєму відпочинку, здоров'ю.

Це час рекреації (відновлення фізичних сил організму); час релаксації (розслаблення); час катарсису (чуттєвої розрядки, очищення), спосіб перемикання думок (замість переживань і спроб швидко придумати, як виправити становище). Нерозв'язних проблем немає. Якщо є проблема, значить, є і рішення. Якщо є професійне згорання, значить, є способи його запобігання та корекції. У кожної людини є вибір: опустити руки, дозволити собі «згоріти на роботі» або, навпаки, докласти всіх зусиль, щоб виключити можливість виникнення синдрому. Важливо пам'ятати, що наше життя - це наше життя, наше здоров'я - це наше здоров'я.

Працівники з розвиваються синдромом професійного вигорання виконують робочі завдання з небажанням, можливо, не якісно, чи не завершують почате, часом, такі працівники мають знижену працездатність не тільки через свого небажання працювати, а й з-за наявності психосоматичних

симптомів, які порушують психічний і фізичне здоров'я. Відзначимо, що продуктивність праці знижується за допомогою зниження мотивації працівника, так як при вигоранні людина відчуває негативні емоції до роботи і праці його спеціалізації. Спочатку людина відчуває спустошення, «голод» позитивних емоцій, він не відчуває віддачі від виробленого праці, слідчо пропадає мотивація до роботи. Потім при розвитку хвороби працівник починає «хворіти» фізично - це проявляється в психосоматичних недугах, що ще більше усуває інтерес і мотивацію до роботи. Тому людина, яка «згоріла» на роботі, виконує свої професійні завдання неохоче, можливо, недобросовісно, з низькою продуктивністю.

При терапії вже розвинутого синдрому вигоряння рекомендують використовувати такі підходи:

- фармакологічне лікування згідно симптомів (переважно антидепресанти, транквілізатори, снодійні засоби). Фармакологічні препарати призначаються в середньо терапевтичних дозах;
- психотерапія, релаксаційні техніки, інтеграційна психотерапія;
- реорганізація робочого оточення.

Істотна роль в боротьбі з СЕВ відводиться, насамперед, самому пацієнту, за П.І. Сидоровим. Розроблено рекомендації, які можуть допомогти запобігти виникненню СЕВ, а також досягти зниження ступеня його виразності. Для цього рекомендується, в першу чергу, визначити короткострокові і довгострокові цілі. Досягнення короткострокових цілей - успіх, який викликає почуття задоволення роботою і підвищує ступінь самовиховання.

У процесі тривалої роботи необхідно використання «тайм-аутів» для забезпечення відпочинку від роботи. Крім того, рекомендується оволодіння навичками саморегуляції (релаксація, аутогенне тренування), що сприяє зниженню рівня стресу, що веде до вигоряння. В області професійного розвитку і самовдосконалення доцільний обмін професійною інформацією з

представниками інших служб. Слід відмовитися від непотрібної конкуренції, а віддати перевагу емоційного спілкування, підтримці хорошої фізичної форми і самопочуття. Таким чином, літературні дані свідчать, що синдром емоційного вигорання є в середовищі лікарів-психіатрів і лікарів інших спеціальностей проблемою клінічного рівня, що надає негативний вплив на психічний статус, соціальну адаптацію та якість життя. Потрібно більш ретельне вивчення даної проблеми в аспекті взаємозв'язку зі стилем життя і задоволенням базових потреб.

Структура занять повинна бути побудована з урахуванням теоретичних знань про природу синдрому емоційного вигорання і динаміці розвитку його прояви. На перших зустрічах приділяється увага емоційній сфері, виявлення «поганих» і «хороших» емоцій, досвід конструктивного самодослідження і самоаналізу. Кожне заняття містить теоретичну частину про емоції, синдром емоційного вигоряння, стадіях професійного стресу. Ігрова форма, арт-терапевтичні методи наповнюють програму, з урахуванням динаміки групових процесів. Основна форма роботи - в групі і в підгрупах вправи, ігри, лекції, бесіди, арт-терапевтичні завдання, тренінгові вправи для релаксації .

Для того, щоб знизити нервове напруження в медичному колективі необхідно вести роботу в наступних напрямках: Робота в 3-х напрямках:

1.Організація діяльності.

- Забезпечення працівникам можливості професійного зростання.
- Організація здорових взаємин співробітників.
- Включення в трудовий процес техніку релаксації.
- Створення сприятливих умов під час робочого дня:
    - Забезпеченість інформаційними та довідковими сучасними матеріалами;
    - Забезпеченість новими виданнями періодичної преси;
    - Технічна оснащеність груп (телевізор, комп'ютер тощо.)
    - Зручні меблі, освітлення.

- Розширення духовної сфери особистості людини (театр, походи, вихід на природу, екскурсії, поїздка в музей та інше);
- Психологічні тренінги;
- Прагнення до професійного вдосконалення, усвідомлення необхідності робити добро;
- Самостійність у прийнятті рішень (орієнтація на власну совість медсестри);
- Свідома цілеспрямована турбота про своє здоров'я;
- Висока мобільність, товариськість, відкритість;
- Висока самооцінка, впевненість в собі, своїх здібностях, можливостях;
- Здатність формувати і утримувати в собі позитивні установки і цінності щодо себе та інших.

Таким чином, літературні дані свідчать, що синдром емоційного вигорання є, в середовищі медичних працівників, проблемою клінічного рівня, що надає негативний вплив на психічний статус, соціальну адаптацію та якість життя. Потрібно більш ретельне вивчення даної проблеми в аспекті взаємозв'язку зі стилем життя і задоволенням базових потреб.

Тому нами була розроблена певна програма, яка спрямована на зниження професійної дезадаптації медичних працівників.

Програма соціально-психологічного тренінгу.

Мета програми:

- створення умов сприяють профілактиці СЕВ;
- передача психологічних знань про синдром емоційного вигорання, його причини та способи подолання;
- розвиток комунікативних умінь, емоційної сфери; згуртування і довіри, зняття емоційної напруги;
- формування навичок самопізнання і саморозвитку особистості в цілому;
- корекція сформованих симптомів СЕВ.

Завдання програми:

1. створити розвиток інформаційно-теоретичної компетентності медичного персоналу;
2. навчити співробітників центру психотехнічних прийомів саморегуляції негативних емоційних станів;
3. розвинути у медичного персонала мотивацію до професійного самовдосконалення особистості через підвищення самооцінки, зняття тривожності;
4. сприяти збереженню в колективі сприятливого психологічного мікроклімату, зниження рівня конфліктності, агресивності;
5. розвивати систему профілактики стресових ситуацій, емоційного вигоряння в медичної професії.

Принципи роботи:

1. «Тут і тепер».
2. Щирість і відвертість.
3. Принцип «Я».
4. Активність.
5. Конфіденційність.

Терміни реалізації програми: загальна тривалість програми становить 20 годин. Заняття проводяться 1 раз на тиждень, тривалістю 2 академічні години. Наповнюваність групи становить 7 - 10 чоловік. Програма проводиться протягом десяти занять з групою наповнюваністю 7 - 10 чоловік в досить просторому приміщенні (краще - в спеціально призначеному, наприклад, тренінговому залі).

Умови проведення: заняття проводяться на базі лікарні _____ міста _____ в груповій формі, в окремому кабінеті; заняття можуть проводитися під музичний супровід, що сприяє розслабленню, включеності в роботу, зняття психологічних бар'єрів, м'язово-рухових затискачів, підвищенню настрою.

Матеріально-технічне оснащення.

- просторе приміщення
- столи і стільці з розрахунку на групу.
- магнітофон або музичний центр і аудіозаписи, комп'ютер, проектор.
- папір, кольорові олівці, фломастери, кулькові ручки

Учасники програми: медичні сестри хірургічного та терапевтичного відділень лікарні _____ міста _____

Передбачувані результати:

1. Підвищення рівня інформаційно-теоретичної компетентності фахівців центру.

2. Оволодіння співробітниками психотехнічними прийомами саморегуляції негативних емоційних станів.

3. Підвищення самооцінки, стресостійкості, працездатності, зниження рівня тривожності, емоційної напруженості, втоми.

4. Зниження рівня конфліктності, агресивності в робочому колективі.

Структура занять

У плані кожного заняття передбачені такі частини:

1. Вступна частина, яка включає в себе постановку проблеми і розминочні вправи.

2. Основну частину, яка займає більшу частину часу.

3. Заключна частина

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медика [Текст] /М.М.Авхименко // Медицинская помощь. - М.: Медицина.- 2013. - № 2. - С.25-29.
2. Акіндінова І.А. Методи психологічної допомоги роботі з наслідками синдрому емоційного вигорання фахівців професій допомоги [Текст]: Психологічний журнал. / Акіндінова І.А.- 2011. Том 17. -№ 4. С. 56-72
3. Акимова М.К. Психологическая диагностика [Текст] / М.К. Акимова. Изд-во: Питер: 2012. - 304с.
4. Асмаковец, Е.С. Взаимосвязь синдрома «эмоционального выгорания» и копинг-поведения / Е.С. Асмаковец // Психология и школа. - 2012. - № 2.- С. 94-99
5. Балахонов А. В. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии [Текст] / А.В.Балахонов, В. Г.Бело, Е. Д. Пятибрат, А. О. Пятибрат //Вестник СанктПетербурского Университита .Сер. 11. - 2019. - Вып. 3. С.57-71.
6. Башенкова Л. А., Кухарская Е. В. Диагностика синдрома эмоционального выгорания и мероприятия, направленные на его предупреждение // Среднее профессиональное образование. 2015. №11. С. 43 – 45
7. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других.: М.: 2011
8. Борисова М. В. Основные направления профилактики и коррекции профессионального выгорания [Текст] / М.В. Борисова, Н. П.Анисимова //Ярославский педагогический вестник – 2011. – № 2. – Том II (Психологопедагогические науки). - С. 212-215.
9. Брагіна К.Р. Тривожна і депресивна симптоматика в рамках

невротичних і адаптаційних розладів у студентів-медиків на різних етапах навчання // Вісник Вінницького державного медичного університету. - 2013. - Т. 7, вип. 2/2. - С. 849-851

10. Винокур В. А. Професійний стрес у медичних працівників [Текст] / В. А Винокур // Вісник МАПО. - 2012.- № 2. - 4с.

11. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С., Синдром выгорания: диагностика и профилактика, 2-е изд: Питер; Спб.; 2008/ - 338 с.

12. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях [Текст] /Н.Е. Водопьянова // Психология здоровья/Под ред.Г.С. Никифорова. - СПб.: Издательство СПб ГУ. - 2010. - С.443-463.

13. Диагностика эмоционального выгорания личности (В. В. Бойко) //Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – С.394-399.

14. Захаров С. Синдром выгорания у врачей. /С. Захаров // Интернет: http://forums.rusmedserv.com/ show thread. php? t=8748

15. Знаків В.В. Дослідження професійно важливих якостей у медичних працівників [Текст] / В.В. Знаків // Психологічний журнал. - 2014. - №3. - С.71 — 81.

16. Иванченко В.А. Специфика проявления синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников участковой службы // Science time. 2015. № 1(13). С. 162-166.

17. Касимівське Н. А. Медико-організаційні аспекти профілактики синдрому вигоряння у медичних сестер ЛПЗ стаціонарного типу [Текст] / Касимівське Н.А. // Проблеми управління охороною здоров'я. - 2017. - № 4. - С. 53-58.

18. Каспрук, Л. І. Про профілактику стресових розладів у середніх медичних працівників [Текст] / Л. І. Каспрук // Медична допомога. -

2017. - № 4. - С. 52-53.

19. Китаев - Смык Л. А. Выгорание персонала. Выгорание личности. Выгорание души // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2007. № 4. С. 12

20. Косарев В.В. Профессиональные заболевания медицинских работников[Текст]/ В.В. Косарев, С.А. Бабанов— Самара : Офорт. - 2019.— 232 с.

21. Куваева, И.О. История изучения «синдрома выгорания» в американской психологии // Проблемы исследования «синдрома выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сб. науч. ст. / под ред. В.В. Лукьянова, С.А.Подсадного; Курск, гос. ун-т; СПб гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова. – Курск: Изд-во Куск. гос. ун-та, 2018. – С. 85-88.

22. Кузьмина Ю.М. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности специалистов социальной работы: проявление и профилактика: монография. – Казань: КГТУ, 2017. – 154 с

23. Куташов В. А., Хабарова Т. Ю., Михайлова Ю. Ю. Изучение синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала студенческой многопрофильной поликлиники // Молодой ученый. — 2015. — №10. — С. 432-436.

24. Ларенцова Л.И. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты [Текст] / Л.И. Ларенцова, Л.М. Барденштейн. - М. : Мед-книга, 2019. - 142 с.

25. Леонова А.Б. Основні підходи до вивчення професійного стресу [Текст] / А.Б.Леонова // Вісник психосоціальної і коррекціонно-реабілітаційної роботи.-2011.- №11.- С.2-16.

26. Лэнгле А. // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 3 – 16.

27. Малыгин В.Л.Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Проблемы

исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике) [Текст] / Под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. Курск: КГУ.- 2017. С.108–110.

28. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются [Текст]/ К. Маслач. - Электрон.дан.- Режим доступа:http://hr.qetu.net/pages/professional_noe_vygoranie_kak_lyudi_spravlyayutsya.html (дата обращения 16.04.2020).

29. Миков Д.Р. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара /Д.Р. Миков, А.М. Кулеш, С.В, Муравьёв [и др.].//Вестник Пермского университета, 2018

30. Мисюк М.Н. Синдром емоційного вигоряння в професійній діяльності фельдшерів швидкої медичної допомоги [Текст] / М. Н. Мисюк, В. В. Максименко // Психологічний журнал. - 2008. - № 1. -С. 55-59.

31. Мишкина Е. А. Профилактика синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности сотрудников предприятия // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. № 10. С. 96–100.

32. Могильчак, Е. Л. Выборочный метод в эмпирическом социологическом исследовании : [учеб. пособие] / Е. Л. Могильчак ; М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2015. – 120 с.

33. Огнерубов Н. А., Огнерубова М. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2015. №2. С 307-318

34. Пасечник И. П., Пасиешвили Л. М. Аспекты реабилитации врача при смерти пациента // Семейная медицина. 2013. № 46. С. 130-132.

35. Ронгінська Т.І. Синдром вигоряння у соціальних професіях //

Психологічний журнал. - 2012. - № 3. - С. 85 — 95.

36. Романова, Е.С. Особистість і емоційне вигорання / Е.С. Романова, М.Ю. Горохова // Вісник практичної психології освітуи. - 2014. - № 1. - С. 18-23.

37. Салогуб А. М. Структура и содержание синдрома эмоционального выгорания в исследованиях зарубежных и отечественных ученых // Молодой ученый. — 2014. — №5. — С. 459-461.

38. Сідоров П.І. Профілактика синдрому професійного вигорання у медичному середовищі [Текст] / П.І. Сидоров, І.А. Новікова // Медична газета. - 2016. - N 15. - С. 8-9.

39. Сірак І. П. Підготовка майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації / І. П. Сірак // Інновації та сучасні технології в системі освіти : внесок Польщі та України : Матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (5-6 травня 2017 року, м. Сандомир). – Сандомир, Польща. 2017. – С. 135-139. 23.

40. Сірак І. П. Професійна самореалізація як чинник становлення особистості / І. П. Сірак // Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень / Зб. наук. пр. 2016. – Вип. 6 (9). – С. 284-286.

41. Скугаревская М. М. Диагностика, профилактика и терапия синдрома эмоционального выгорания. Минск: БГМУ; 2003.

42. Таткина Е.Г. Особенности ранней психопрофилактики эмоционального выгорания медицинских сестер: автореф. дис. канд. психол. наук [Текст] / Е.Г. Таткина - Томск.-2010. - 25с.

43. Теміров, Т. В. Фактори виникнення та розвитку синдрому «Психічного вигорання» [Текст] / Т.В. Теміров // Освіта і право. - 2019. - №12 — С.43-51

44. Уварова Г.Н. Психологические детерминанты профессиональной деформации личности медицинской сестры [Текст] / Г.Н. Уварова // Актуальные проблемы психологического знания. - Москва, 2012.-№ 2

(23). - С.61-66. (0,26 п.л.).

45. Ушаков И.Б., Сорокин О.Г. Адаптационный потенциал человека/И.Б. Ушаков, О.Г. Сорокин // Вестник Государственной Академии Медицинских Наук. - М.: Медицина, 2004. - № 3. - С.8-13

46. Феоктистова С.В., Уварова, Г.Н. Проявления профессиональной деформации личности медицинских сестер разных специализаций. [Текст] / С.В. Феоктистова, Г.Н. Уварова // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. - Тверь, 2012.- Вып. 3 (15). - С. 72-80. (0,39 п.л.).

47. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными/И. Харди. - Будапешт: Издательство Академии Наук Венгрии

48. Хетагурова А. К. Соціально-демографічні та психологічні чинники, що впливають на догляд з професії медичних сестер на сучасному етапі [Текст] / А. К.Хетагурова, Н.А. Касимівська // Економіка здравоохраненія.- 2017. № 2-3 (112) .- С. 25-29.

49. Чуваков, Г. І. Особливості синдрому емоційного вигорання у медсестер лікувально-профілактичних установ / Г.І. Чуваков, О.А. Чумакова, С.М. Андрєєва // Лікарські відомості. - 2017. - № 3. - С. 65-69.

50. Эмпирическая социология : учеб. пособие / сост. Л.А. Мироненко. – Комсомольск-на-Амуре: ФГБОУ ВПО «КнАГТУ», 2013. – 181 с.

51. Яркина О. С. Синдром эмоционального выгорания у врачей в контексте личностно-профессионального развития: симптомы и предпосылки // Вестник ТГУ. 2008. №3. С 307-311

52. De Oliveira GS Jr., Chang R., Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of united states anesthesiology trainees. Anesthesia & Analgesia. 2013. №

117(1). C. 182–193.

53. Gude T., Tyssen R., .Aasland OG. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. BMJ 2008. C. 337

54. Maslach Christina, "Burned-out," Human Behavior S (September 1976) 1622;

55. Maslach, C, Pines, A.: Characteristics of staff burnout in mental healf settings, Hosp. Community Psychiat. 29: 233,1978.

56. Maslach, C. & Barbaranelli, C., Caprara, G. V., (1997). Individuation and the Five Factor model of personality traits. European Journal of Psychological Assessment, 13, 75-84.

57. Maslach, C. & Leiter, M. P., (2000). Preventing Burnout and Building Engagement: A Complete Program for Organizational Renewal. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

58. Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In C. L. Cooper (Ed.), Theories of organizational stress (pp. 68-85).

59. Visintini R; Campanini E; Fossati A; Bagnato M; Novella L; Maffei C «Psychological stress in nurses' relationships with HIV-infected patients: the risk of burnout syndrome» .1996, AIDS Care, 8, pp. 183-194

ДОДАТКИ

Додаток 1.

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ПРОЯВІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Інструкція. Будь ласка, уважно прочитайте затвердження. Оцініть, наскільки вони відповідають вашому стану. Проставте позначку (+) у відповідній колонці. Постарайтеся не витрачати багато часу на обдумування, відповідайте швидко. Можливо, деякі твердження викличуть у вас утруднення, в цьому випадку поставте позначку в графі «Відповідає частково». Але намагайтеся давати чіткішу відповідь.

Бланк відповідей

№ п / п	Затвердження	Відповідає повністю	Відповідає частково	Не відповідає
1.	Найчастіше у мене хороше самопочуття			
2.	Зазвичай у мене гарний настрій			
3.	У мене багато різних інтересів крім роботи			
4.	Я став дратівливим			
5.	Я став частіше хворіти останнім часом			
6.	Мені подобається працювати в колективі			
7.	У мене постійно змінюється настрій			
8.	Останнім часом я відчуваю загальну слабкість			
9.	У мене рівний і спокійний характер			
10.	Мене часто долають похмурі думки			
11.	Мої близькі стали помічати, що у мене псується характер			
12.	Мені стало важко спілкуватися з новими людьми			
13.	У мене часто буває пригнічений настрій			
14.	Останнім часом мене стали дратувати речі, до яких я раніше ставився спокійно			
15.	Я став млявим і байдужим			
16.	Я часто буваю веселим і товариським			
17.	Мені стало неприємно бувати в місцях, де			

	збирається багато людей			
18.	Я став часто сваритися зі своїми рідними та колегами			
19.	Останнім часом мені рідше, ніж зазвичай, хочеться зустрічатися зі своїми знайомими			
20.	Я із задоволенням приходжу на роботу			
21.	Моя робота мені перестала подобатися			
22.	Зазвичай я працюю легко, без напруги			
23.	На початку зміни мені важко зібратися з силами, щоб почати роботу			
24.	Під час роботи я часто відволікаюся і забуваю, що перебуваю на робочому місці			
25.	Мені завжди хочеться якомога швидше закінчити роботу і піти додому			
26.	Мій робочий день зазвичай пролітає непомітно			
27.	Я без праці справляюся з нормою			
28.	Мені часто доводиться змушувати себе працювати уважніше			
29.	Останнім часом мені стало важче працювати			
30.	Я часто ловлю себе на думці, що мені просто нічого не хочеться			
31.	Я став пасивним			
32.	Я став забудькуватим			
33.	Мені важко утримати в пам'яті навіть ті справи, які треба зробити сьогодні			
34.	Після роботи я завжди відчуваю себе розбитим			
35.	У вільний час мені нічим не хочеться займатися, а тільки лягти і відпочити			
36.	При читанні книги на мене нападає сонливість			
37.	Коли я читаю, мені доводиться напружувати очі			
38.	Я постійно відчуваю неприємні відчуття в очах			
39.	Останнім часом я став гірше бачити			
40.	Мене мучать болі в скронях і на лобі			
41.	Коли я працюю, у мене майже весь час болять спина і шия			

42.	У мене набрякають ноги			
43.	У мене іноді виникає відчуття нудоти			
44.	У мене часто болить голова			
45.	У мене бувають запаморочення			
46.	Я відчуваю постійну тяжкість в голові			
47.	У мене буває відчуття шуму або дзвону у вухах			
48.	Іноді у мене перед очима ніби літають блискучі мушки			
49.	У мене бувають напади серцебиття			
50.	У мене з'явилася задишка			
51.	Іноді у мене буває відчуття, що мені важко вдихнути			
52.	Я став часто покриватися потом			
53.	У мене легко пітніють долоні			
54.	У мене часто виступають червоні плями на шиї і щоках			
55.	Я легко засинаю вночі			
56.	Я постійно хочу спати вдень			
57.	Зазвичай я сплю міцно			
58.	У мене найчастіше неспокійний сон			
59.	Після пробудження я засинаю з працею			
60.	Вранці мені важко прокинутися			
61.	Після сну я зазвичай встаю млявим, погано відпочив			
62.	У мене часто буває безсоння			
63.	Я весь час відчуваю себе втомленим			
64.	Я відчуваю себе абсолютно здоровою людиною			

Опрацювання результатів

Зіставте відповіді випробуваного з ключем. Кожен співпадає з ключем відповідь оцінюється двома балами, відповідь «Відповідає частково» оцінюється одним балом.

Ключ для підрахунку результатів

1	ні	9	ні	17	так	25	так	33	так	41	так	49	так	57	ні
2	ні	10	так	18	так	26	ні	34	так	42	так	50	так	58	так
3	ні	11	так	19	так	27	ні	35	так	43	так	51	так	59	так
4	так	12	так	20	ні	28	так	36	так	44	так	52	так	60	так
5	так	13	так	21	так	29	так	37	так	45	так	53	так	61	так
6	ні	14	так	22	ні	30	так	38	так	46	так	54	так	62	так
7	так	15	так	23	так	31	так	39	так	47	так	55	ні	63	так
8	так	16	ні	24	так	32	так	40	так	48	так	56	так	64	ні