m_educ_2025_154

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА

Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
Кафедра практичної психології

Особливості психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти - другий (магістерський)

Виконала:
студентка 2 курсу, 622 групи
Лабанда Марія Богданівна
Керівник:
канд. психол. наук,
ас. **Барабащук Г. В.**

До захисту допущено
на засіданні кафедри
Протокол засідання кафедри № ___
від „___” _____ 2024 р.
Зав. кафедри_____доц. Радчук В.М.

Чернівці – 2024

Анотація

Шеманська М.Б. «Особливості психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу» - Рукопис. Кваліфікаційна робота на здобуття ОКР «магістр» зі спеціальності 053 «Психологія» Чернівецький нац. ун-т імені Юрія Федьковича. Чернівці, 2024. 81 с.

У роботі представлено результати теоретичного аналізу та емпіричного дослідження особливостей психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу. Дослідження виявило суттєві відмінності у рівнях тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності залежно від інтенсивності стресових факторів. Виявлено позитивний вплив сприятливих умов праці на зниження рівня невротизації та нервово-психічної напруги.

Ключові слова: психоемоційний стан, стрес, середній медичний персонал, тривожність, емоційна стабільність, професійна діяльність

Annotation

Maria Shemanska. «Peculiarities of the psychoemotional state of the middle medical staff with different levels of stress» - Manuscript. Qualification work for obtaining the EQL "Master" in the specialty 053 "Psychology" Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University, 2024. 81 p.

The paper presents the results of theoretical analysis and empirical research into the peculiarities of the psychoemotional state of medical staff with different levels of stress. The study revealed significant differences in the levels of anxiety, frustration, aggressiveness and rigidity depending on the intensity of stress factors. The positive effect of favorable working conditions on reducing the level of neuroticism and neuropsychiatric tension was revealed.

Keywords: psychoemotional state, stress, medical staff, anxiety, emotional stability, professional activity

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ М.Б. Шеманська

ЗМІСТ

ВСТУП ……3

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ З РІЗНИМ РІВНЕМ СТРЕСУ ……6

1.1. Поняття та різновиди психоемоційного стану в психологічній науці……..6

1.2. Стрес як фактор впливу на психоемоційний стан: концептуалізація поняття, види та критерії оцінки……...11

1.3. Причини виникнення та прояви психологічного стресу у середнього медичного персоналу під час професійної діяльності…….....22

РОЗДІЛ ІІ. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ……..31

РОЗДІЛ ІІІ. ПОРІВНЯЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ З РІЗНИМ РІВНЕМ СТРЕСУ ……...35

3.1. Порівняльний аналіз результатів дослідження особливостей психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу……..35

3.2. Структура кореляційних зв’язків особливостей психоемоційного стану та рівня стресу середнього медичного персоналу…….57

3.3. Практичні рекомендації з усунення та профілактики наслідків емоційного вигорання медичних працівників під час здійснення професійної діяльності……61

ВИСНОВКИ ……68

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ……72

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному світі медична професія є однією з найвідповідальніших та найвимогливіших. Середній медичний персонал, який виконує ключову роль у забезпеченні якісної медичної допомоги, стикається з численними стресовими факторами, такими як високі навантаження, емоційна втома та нестача ресурсів. Це підвищене навантаження може негативно впливати на психоемоційний стан працівників, що, у свою чергу, впливає на якість медичних послуг та загальне психологічне благополуччя.

У психології психоемоційний стан визначається як комплекс емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій, що виникають під впливом внутрішніх та зовнішніх чинників. Дослідженням психоемоційних станів займалися багато відомих психологів, серед яких У. Джеймс, що вивчав вплив фізіологічних змін на емоції, П. Екман, який аналізував універсальність емоцій, та С. Томкінс, який розробив теорію афектів. Українських дослідників також цікавила проблематика психоемоційного стану (М. Шпак, Р. Яремко, Н. Мудрик, К. Фоменко, О. Кузнецов, М. Кузнєцов, В. Щербатих, О. Фірстова, В. Гаврилькевич). Психоемоційний стан медичних працівників став предметом досліджень таких українських науковців, як С. Чорній, Ю. Данилкевич, С. Даньчак, Ю. Камінська, Т. Барковська.

Стрес середнього медичного персоналу, викликаний високими вимогами та емоційною напругою, суттєво впливає на їх психоемоційний стан і загальну якість медичної допомоги. Слід зазначити, що окремі аспекти стресу вже були предметом уваги таких українських науковців та психологів, як Л. Карамушка, Н. Ярош, Н. Бардин, С. Бойко, А. Боднар, К. Журба, В. Булах, О. Кокун, О. Когут, А. Лісовенко, Л. Наугольник, Н. Савелюк, Ю. Пилипака, К. Навроцька, Т. Цигульська. Вони вивчали особливості виникнення та переживання стресу. Серед зарубіжних досліджень доцільно виділити роботи

таких науковців, як У. Кеннон, Г. Сельє, К. Купер, С. Фолькман, Р. Лазарус, С. Мадді, М. Лойд, В. Вейтен, Дж. Енгель, С. Хобфолл.

Проте, досі проблематика зв'язку професійного професійного стресу середнього медичного персоналу з психоемоційним станом у психологічній науці не отримала відповідного вирішення через недостатню увагу до специфіки професійного стресу в медичній сфері та потребу в комплексному аналізі його впливу на психоемоційний стан медичних працівників. Зважаючи на недостатнє вивчення даної проблеми, її соціальну значущість та постійну актуальність, було зроблено вибір теми дипломного дослідження **«Особливості психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу».**

Об'єкт дослідження – психоемоційний стан середнього медичного персоналу.

Предмет дослідження – особливості психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу.

Мета дослідження – теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення особливостей психоемоційного стану середнього медичного персоналу відповідно до їхнього рівня стресу.

Гіпотеза дослідження: існують специфічні відмінності у особливостях психоемоційного стану середнього медичного персоналу відповідно до їхнього рівня стресу.

Для досягнення мети дослідження та перевірки сформульованої гіпотези необхідно розв'язати такі **завдання:**

1) дослідити наукову літературу з проблеми психоемоційного стану особистості;

2) проаналізувати існуючі підходи до визначення феноменів «стрес» та «професійний стрес», розкрити їх види, критерії оцінки та детермінанти виникнення;

3) виявити особливості психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу;

4) встановити взаємозв’язок між особливостями психоемоційного стану середнього медичного персоналу та їхнім рівнем стресу;

5) розробити практичні рекомендації з усунення та профілактики наслідків емоційного вигорання медичних працівників під час здійснення професійної діяльності.

Методи та методики дослідження:

У процесі дослідження реалізовувався комплексний підхід, який передбачав поєднання наступних методів:

1) теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення і систематизація концептуальних положень з досліджуваної проблеми);

2) емпіричні (тестування, зокрема методики: методика «Тест на визначення рівня стресу» (В. Щербатих), методика «Самооцінка емоційних станів» (Г. Айзенк), методика «Визначення рівня невротизації» (Л. Вассерман), методика «Опитувальник нервово-психічної напруги» (Т. Немчін));

3) методи математичної статистики та інтерпретації емпіричних даних (структурний метод).

Структура роботи. Дипломна робота складається з вступу, теоретичного та двох практичних розділів, висновків та списку використаних джерел (64 найменувань). Робота викладена на 78 сторінках машинописного тексту, проілюстрована 13 рисунками та 4 таблицями.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ З РІЗНИМ РІВНЕМ СТРЕСУ

1.1. Поняття та різновиди психоемоційного стану в психологічній науці

Впродовж останніх місяців велика кількість людей, як в Україні, так і за її межами, переживають серйозні психоемоційні стреси, спричинені війною в Україні, військовими конфліктами та природними катастрофами в інших частинах світу. Однак, реакції на ці зовнішні події можуть бути дуже різними у кожної людини, що відображається на їхньому психоемоційному стані як під час, так і після пережитих подій. Тому важливо вміти розрізняти різні психоемоційні стани, базуючись на їхніх зовнішніх ознаках, а також глибоко розуміти механізми їх виникнення. Особливо це питання є актуальним у рамках нашого дослідження.

Здійснений М. Шпак аналіз наукових джерел, присвячених цій тематиці, свідчить про відсутність чіткої та загальноприйнятої інтерпретації поняття «психоемоційний стан» у психологічній науці. Науковці оперують різними термінами, такими як «психічний стан», «емоційний стан», «психоемоційний стан» та іншими. Варто уточнити їхній зміст та функціональні відмінності [44].

В. Гоїнець разом із науковим керівником Н. Майорчак зауважують, що психічні стани охоплюють широкий спектр як складних, так і простих форм емоційних проявів. На сьогодні, такі терміни, як «психологія станів» та «психологія емоційних станів», ще не отримали достатньо уваги в науковій та освітній літературі [8].

Існує декілька чинників, що сприяють розумінню феномену психоемоційних станів. Перш за все, класифікація психічних станів є доволі складною задачею, оскільки вони тісно переплетені з іншими властивостями, процесами та явищами (Я. Рейковський, Н. Рейнвальд, О. Запорожець,

Б. Додонов тощо). Ця складність пояснюється тим, що для різних психічних станів психологічні характеристики відіграють суттєву роль, тому їх інтеграція до описів завжди є доцільною. Крім того, різні автори по-різному трактують поняття «емоційний стан» та «емоції». Наприклад, деякі дослідники (С. Рубінштейн, Б. Додонов, Б. Ананьєв, Ж. Піаже, В. Вундт тощо) визначають емоції через почуття та переживання, тоді як інші чітко розрізняють ці поняття (К. Ізард, О. Леонтьєв, П. Анохін, В. Вілюнас, П. Симонов та інші) [46].

В. Гоїнець разом із науковим керівником Н. Майорчак пропонує розглянути, як пов'язані між собою такі категорії, як психічні стани, емоції та емоційні стани. Психічні стани, як динамічні властивості особистості, відіграють важливу роль у структурі психічних явищ, часто поділяючись на процеси, стани та риси. К. Платонов, зокрема, визначає психічні стани як проміжний феномен між процесами та властивостями особистості. У своєму дослідженні він акцентує на тому, що ці стани займають середню позицію між психічними процесами та особистісними рисами. Як вказано у «Словнику системи психологічних понять» К. Платонова, емоція являє собою особливу форму психічної активності, яка виникла в процесі еволюції і продовжує розвиватися на індивідуальному рівні. Ця форма психічної активності характеризується суб'єктивним досвідом і фізіологічними реакціями і є відображенням не самих явищ, а їх значущості для потреб організму. З іншого боку, С. Рубінштейн вважає, що емоційні стани відображають як внутрішній стан суб'єкта, так і його ставлення до зовнішнього об'єкта. Він підкреслює, що такі поняття, як настрій, почуття та емоційні стани, є майже ідентичними і взаємозамінними. Щодо ранніх підходів до вивчення емоцій, У. Джеймс одним із перших розглядав їх як психологічний феномен, розділяючи на дві групи: фізіологічні та психологічні явища, які він назвав станами. Нарешті, М. Левітов наголошував на тому, що емоції можна розглядати як стани, що забарвлюють людські переживання та діяльність. Вони надають подіям особливого емоційного характеру, формуючи так звану «тональність» духовного життя.

Навіть ті дослідники, які не виділяють психічні стани в окрему категорію, усе ж вдаються до цього терміна, коли йдеться про емоції або почуття [8].

Р. Яремко та Н. Мудрик під психічними станами розуміють унікальну психологічну категорію, яку слід відрізняти від психологічних процесів та рис особистості. Водночас, вона має вплив на них, оскільки вони характеризуються певними ознаками. У класичному підході до класифікації психічних явищ ключовою рисою є їх різний ступінь динаміки: процеси вирізняються більшою рухливістю, стани – мінливою природою, а властивості – стабільністю і повільною зміною. Науковці зазначають, що людське життя нерозривно пов'язане з різними психологічними станами. Серед них можна виділити емоційні стани, такі як настрій, емоції, захоплення, печаль, тривожність або натхнення. Варто зазначити, що деякі з цих станів, наприклад, натхнення чи захопленість, також включають вольові елементи. Водночас існують і вольові стани, які починаються з так званої «мотиваційної боротьби» і часто розглядаються як важливий етап вольового процесу [46].

Вивчаючи наукові концепції, пов'язані з психічними станами, дослідники К. Фоменко, О. Кузнецов та М. Кузнєцов дійшли до висновку, що будь-який психічний стан можна розглядати як подвійний феномен. З одного боку, це є суб'єктивне переживання, яке відчуває індивід, а з іншого – діяльність різноманітних систем організму. Також підкреслюється, що психічні стани мають зовнішні прояви та здатні впливати на ефективність виконуваної діяльності [18].

Окрему увагу заслуговує висвітлена М. Шпак класифікація функціональних рівнів психічних станів, яку запропонував Ю. Щербатих. Він виділяє такі рівні: фізіологічний, моторний, емоційний, когнітивний, поведінковий та соціальний. Аналогічну думку висловлює й Є. Ільїн, який розрізняє психічний (переживання), фізіологічний та поведінковий рівні функціонування психічних станів [44].

У психологічній науці А. Кічук пропонує розглянути кілька підходів до класифікації психічних станів. Наприклад, М. Левітов пропонує розрізняти їх за

двома критеріями: за діяльністю, в рамках якої вони проявляються, а також за домінуючою психічною функцією, як-от гностичні (сумнів, здивування, інтерес), емоційні (сум, радість, страх) та вольові (активність, рішучість, стриманість) стани. О. Прохоров пропонує власну класифікацію, в якій психічні стани поділяються на емоційні, орієнтаційні, органічні, вольові, творчі, праксичні та стани свідомості, залежно від завдань діяльності. Важливим є також загальноприйнятий поділ психічних станів на позитивні та негативні [13].

Р. Яремко та Н. Мудрик підкреслюють, що до позитивних психічних станів можна віднести такі емоції: зацікавленість, ініціативність, подив, радість, задоволення, натхнення, надія, впевненість у власних силах, рішучість, захоплення, рішучість тощо. Негативні стани включають такі почуття, як тривога, смуток, гнів, депресія, втома, агресія, роздратованість, апатія, невпевненість, страх, монотонність, розгубленість та інші подібні стани, які можуть заважати людині ефективно взаємодіяти з оточенням [46].

Багато наукових досліджень у психології зосереджуються на емоціях і емоційних станах.

Емоційний стан особистості В. Гаврилькевич та О. Фірстова розглядають як внутрішню емоційну ситуацію, що виникає внаслідок певних обставин чи умов. Він включає в себе різноманітні емоційні характеристики, які визначають особистість у конкретний момент часу, враховуючи такі фактори, як якість і ступінь готовності. Усе це формує емоційне самопочуття або настрій індивіда. Це визначення підкреслює формальні аспекти емоційного стану, зазначаючи, що кожен емоційний стан має два основні аспекти. Перший – зовнішній, який включає видимі прояви емоцій, що можуть бути оцінені як самою особистістю, так і оточуючими відповідно до певних стандартів. Другий аспект – внутрішній, який стосується відчуттів, сприйманих лише самою особистістю, і описує її емоційний стан через свідомість і почуття [7].

Емоційні стани можна віднести до більш широкої категорії психічних станів. При вивченні емоцій особистості важливо враховувати, що вони є

цілісною характеристикою емоційної активності за певний період. Ця активність вказує на унікальні особливості протікання психічних процесів, які залежать від об'єктів і явищ дійсності, що сприймаються, а також від попередніх станів і психічних якостей особистості. Оскільки емоції тісно взаємодіють з іншими психічними та соматичними процесами, емоційні стани впливають на всю психічну і соматичну сфери, надаючи людині різноманітне емоційне забарвлення. В емоційних станах ключовим є емоційний параметр. Як зазначає С. Максименко разом із колегами у роботі, на цю характеристику звертає увагу Л. Куліков, розподіляючи психічні стани на емоційні, активаційні, тонічні та інші в залежності від домінуючого параметра. Л. Куліков також продовжує класифікацію емоційних станів, орієнтуючись на модальність відповідної емоції [21].

Коли ми говоримо про класифікацію емоційних станів відповідно до їхньої модальності, можемо стверджувати, що кількість емоцій прямо корелює з числом різновидів емоційних станів. Виникнення конкретної емоції та супутнього їй емоційного стану відбувається одночасно, що може створювати враження, що ці поняття ідентичні. Проте, на погляд В. Гаврилькевича та О. Фірстової, терміни «емоція» та «емоційний стан» не є синонімами. Емоція виявляється у межах емоційної сфери і сприймається людиною як внутрішнє відчуття, що сигналізує про можливість задоволення актуальної потреби. У той же час емоційний стан охоплює не лише емоцію, а й інші прояви, що виникають у різних аспектах особистості під впливом цієї емоції [7].

Один із найвідоміших емоційних станів – це настрій. Р. МакКраті також згадує про інші емоційні стани, такі як афекти, пристрасті, фрустрація та емоційний стрес [58].

Емоційний стан може супроводжуватися як посиленням, так і зниженням функцій організму. Відповідно, автор наводить стани емоційного збудження та емоційного пригнічення. Серед станів емоційного збудження він виокремлює такі: тривога, емоційне піднесення, хвилювання, захоплення, активізація, а також лють, гнів та страх. Ці емоційні стани здатні мобілізувати енергетичні

ресурси організму. На противагу цьому, до станів емоційного пригнічення, на думку Р. МакКраті, належать нудьга, апатія, туга, горе, безпорадність і саможаління. Вони призводять до зниження настрою та загального рівня активності, через що їх часто називають депресивними [58].

Крім емоційного збудження та пригнічення, існують також емоційні стани, які позитивно впливають на людину. Наприклад, стани вдячності та любові сприяють гармонізації організму [58].

Аналіз наукових джерел свідчить про відсутність однозначної та загальноприйнятої інтерпретації поняття «психоемоційний стан» у психології. Дослідники використовують різні терміни, такі як «психічний стан» та «емоційний стан», що ускладнює їх порівняння. Крім того, акцентується на тому, що психічні стани охоплюють різноманіття емоційних проявів, але теми «психології станів» та «психології емоційних станів» потребують більшої уваги у літературі. Ускладнення у класифікації психічних станів виникає через їх тісний зв’язок з іншими психологічними явищами, що вимагає уточнення термінології та розрізнення емоцій і емоційних станів.

Дослідники розглядають психічні стани як унікальну категорію, яка впливає на психологічні процеси та риси особистості, при цьому пропонуються різні підходи до їх класифікації, включаючи розмежування позитивних і негативних емоційних станів. Емоційний стан слід розглядати як ширшу категорію, яка охоплює емоції та їх прояви, що виникають під впливом різних обставин. Таким чином, дослідження психоемоційних станів залишається актуальною темою, яка вимагає подальшого вивчення і систематизації для глибшого розуміння їх впливу на особистість та її діяльність.

1.2. Стрес як фактор впливу на психоемоційний стан: концептуалізація поняття, види та критерії оцінки

Стрес є невід'ємною частиною повсякденного життя кожної людини. Незважаючи на те, що це психологічне явище вже досить ґрунтовно досліджено в науковій літературі, сучасні реалії ставлять перед особистістю вимогу формування навичок подолання стресу. Ці навички є реакцією організму на вплив стресових факторів. Щоденні виклики, з якими стикається суспільство, можуть дестабілізувати людину, змушуючи її різко змінювати звичну модель поведінки. Всі ці кризові ситуації призводять до підвищення рівня стресової напруги.

У результаті аналізу наукових джерел Я. Юрченко та А. Крайлюк вказують на те, що численні дослідники звертали увагу на проблему стресу. Вже в давні часи, такі філософи, як Арістотель і Гіпократ, трактували стрес як явище, що має негативний вплив на людський організм і може призводити до різноманітних наслідків. Пізніше в ході вивчення історії появи цього терміну з'ясувалося, що концепція «стресу» була запозичена з теорії «гомеостазису», розробленої У. Кенноном у 1929 році. Проте, протягом наступних п'яти десятиліть це поняття здобуло значну популярність і стало символом XX століття. Розвитку ідеї стресу сприяла зростаюча зацікавленість суспільства в питаннях захисту індивіда від негативних впливів навколишнього середовища [45].

З різноманітних визначень терміна «стрес» стає очевидним, що це поняття має багато значень. Цю складність підтверджує дослідження цього феномену, здійснене такими науковцями, як Н. Бардин, Ю. Кіржецький, Ю. Жидецький, Н. Пряхіна, Я. Когут та іншими [20]. Д. Механіч вважає стрес відповіддю особи на певну ситуацію. У свою чергу, Г. Басович та його однодумці трактують стрес як властивість самої ситуації, яка не залежить від сприйняття людини. Б. Догренвед, Г. Сельє та деякі інші експерти визначають стрес як стан, що створює труднощі, викликані внутрішніми реакціями

організму на зовнішні чинники. На думку Ф. Александера, стрес містить як стан, так і характер стимулу, а також реакцію людини на цей стимул. А. Говард, Р. Скот та Н. Наєнко вивчають стрес, орієнтуючись на поняття напруги. Водночас, В. Вілюнас і О. Овчиннікова акцентують увагу на тому, що стрес виступає як гносеологічна абстракція, що формулюється через методи проб і помилок. Вони пропонують розглядати цю проблему через призму впливу емоцій на ефективність діяльності суб'єкта, зосереджуючи увагу на функціональному аспекті. Н. Різві також поділився своїми роздумами про сутність стресу. У своїх наукових працях він підкреслював схожість стресу з такими явищами, як тривожність, аверсивна мотивація, легкий біль і дисонанс. Він зазначав, що людський організм відчуває занепокоєння, яке намагається зменшити чи подолати. Дослідник розглядав стрес як реакцію психологічного та поведінкового характеру на тривогу і пригніченість. В його визначенні стресу йдеться про подію або обставину, що вимагає вжиття заходів для зниження агресії або усунення загрозливих обставин. У таких випадках термін «стресор» може бути співвіднесений із поняттями «погроза», «небезпека», «тиск», «фрустрація», «конфлікт», «екстремальна ситуація» тощо [20].

Н. Ярош зазначає, що термін «стрес» увійшов до наукового вжитку завдяки канадському вченому Г. Сельє, який виявив загальну та неспецифічну реакцію організму на зовнішні подразники, що вимагають адаптації. Спочатку він назвав цю реакцію «загальним адаптаційним синдромом», але згодом охарактеризував її як «стрес». Г. Сельє виявив загальний адаптаційний синдром, який описує типову захисну реакцію тіла на будь-які труднощі або надзвичайні обставини. Ця реакція, названа стресом (від англійського слова «stress», що означає напруження чи тиск), за своєю природою є швидкою мобілізацією внутрішніх ресурсів організму для подолання загроз чи захисту від шкідливих впливів. Така здатність надзвичайно важлива, оскільки вона допомагає виживати в постійно змінюваних умовах [47].

В основі його теорії лежить три етапи розвитку стресу:

1) тривога – початковий етап, під час якого організм виявляє загрозу і активує свої ресурси для її подолання;

2) опір – на цьому етапі організм пристосовується до впливу стресора, намагаючись зберегти внутрішню рівновагу.

3) виснаження – при тривалому впливі стресу ресурси організму можуть вичерпатися, що загрожує виникненням фізичних і психічних розладів [37].

Т. Шаблевська та Н. Тертична підтверджують, що ступінь прояву стресу та його вплив на людський організм значною мірою обумовлені когнітивними й емоційними особливостями особистості. Важливу роль у переживанні стресу також відіграє здатність людини до адаптації. Г. Сельє стверджував, що кожна людина володіє певним запасом адаптаційної енергії, яка є вродженою, і назвав цей ресурс адаптаційним капіталом [41].

Як зазначають В. Веремієнко та Б. Гульман, методологія Г. Сельє має численних адептів. М. Лойд та В. Вейтен описують стрес як загальну неспецифічну реакцію живого організму на будь-які значні впливи. Медична енциклопедія трактує стрес як неспецифічну захисну реакцію організму у відповідь на негативні зміни навколишнього середовища. Д. Ковпак та А. Каменюкін визначають стрес як неспецифічну реакцію організму на зростаючі вимоги до нього. Всі дії, які призводять до змін у функціонуванні організму, розуміють під вимогами [6].

Також Т. Шаблевська пропонує погляди Р. Лазаруса та С. Фолькман щодо визначення стресу як дисбалансу між ресурсами та потребами особистості. Спроможність протистояти тиску є тим, що Г. Сельє описав як адаптаційний синдром. У свою чергу, Р. Лазарус підкреслював, що стрес виникає внаслідок суб’єктивного сприйняття загрози, роблячи акцент на важливості когнітивної оцінки небезпеки. Це ставить людину перед необхідністю аналізувати ситуацію, власні ресурси та обирати стратегії подолання стресу. Дослідження психологічних аспектів стресостійкості особистості базуються на аналізі її специфічних ресурсів. Ці ресурси є ключовою умовою успішного виконання

вимог різних видів діяльності, визначаючи ефективність психологічної діяльності (емоційної, когнітивної, вольової, мотиваційної тощо) [41].

А. Лісовенко та М. Крюкова роблять висновки, подібні до тих, що пропонують М. Епплі та Р. Трумбулл, підкреслюючи, що стрес можна охарактеризувати як реакцію особи, яка адаптується до складних обставин та викликає напругу. Це дає змогу висвітлити специфічні риси людської поведінки в умовах стресу [20].

Дослідження Дж. Енгеля, яке згадує В. Костащук, призвело до створення біопсихосоціальної моделі стресу. Ця модель підкреслює, що стрес виникає внаслідок комбінації генетичних передумов, психологічних характеристик та впливу соціального оточення [16].

С. Хобфолл розробив концепцію збереження ресурсів, яка висловлює думку, що стрес формується у моменти втрати або загрози втрати особистих ресурсів. Збереження та накопичення цих ресурсів є ключовими цілями для кожної людини. До ресурсів можна віднести не лише матеріальні цінності, а й час, енергію, соціальну підтримку та інші важливі аспекти [56].

Згідно з А. Бандурою, самооцінка та впевненість у собі відіграють ключову роль у розвитку стресу. Особи, які мають високу самооцінку та впевненість у своїх можливостях, проявляють меншу чутливість до стресових ситуацій [49]. Стрес може викликати різноманітні емоційні реакції, які включають тривогу, страх, а також гнів і роздратування. Здатність управляти своїми емоціями і застосовувати дієві стратегії подолання є ключовими факторами, які, на думку Дж. Гросса, сприяють розвитку стресу [54].

Особистісні риси, генетичні фактори та життєвий досвід суттєво впливають на те, як люди сприймають і справляються зі стресом. У своїх дослідженнях Дж. Бонанно підкреслює важливу взаємозалежність між сприйняттям стресу та рівнем стресостійкості, що визначається здатністю ефективно реагувати на стресові ситуації [51].

У роботі Т. Шаблевської підкреслюється значимість досліджень В. Бодрова, де психологічний стрес є своєрідним відображенням суб’єктом

кризової ситуації, в якій він опиняється. Специфічні особливості такого відображення визначається діяльнісними процесами, чиї особливості (інтенсивність, суб'єктивна важливість, тривалість) значною мірою залежать від обраних або поставлених цілей, досягнення яких стимулюється мотиваційним діяльнісним змістом. У ході виконання діяльності емоційний зміст «наповнює» мотиви; вони поєднуються з сильними емоційними переживаннями, які визначають перебіг психічної напруженості. Згідно з його концепцією, джерела стресу не обмежуються лише об'єктивними умовами ситуації, але також залежать від того, як особа сприймає її та як реагує на неї. Водночас, причини стресу можуть становити спотворені переконання, основою яких є глибинні потреби, задоволення яких є важливим для збереження психологічної рівноваги. Також до причин можуть відноситися ірраціональне мислення, яке спрямовує увагу на негативні наслідки, асоціативні зв'язки, що активують «негативні вузли» пам'яті, брак навичок оцінки ситуації, вибору належних методів вирішення проблем, пошуку інших рішень та передбачення їх результатів. Науковець зазначає, що у виникненні психологічного стресу вирішальну роль відіграють перенапруження та деструктивні емоційні стани, викликані сильними переживаннями та конфліктами [41].

Л. Карамушка є видатною українською психологинею, що займається вивченням стресу. Вона аналізує його прояви в професійній сфері, досліджуючи чинники, які можуть сприяти виникненню професійного стресу. У своїй роботі Л. Карамушка також створює поради для ефективного подолання стресових ситуацій [12].

С. Злепко та К. Навроцька в дослідженні, присвяченому вдосконаленню оцінки стресу через призму когнітивного функціоналу, акцентують увагу на значенні когнітивних факторів у процесі виникнення стресу. Ці фактори виявляють новий тип стресу – когнітивний стрес, що виникає внаслідок взаємодіючих психологічних, психосоціальних та фізіологічних аспектів [27].

Важливо також підкреслити, що існує комплексний підхід Дж. Келлі щодо трактування терміну «стрес», який розглядається як результат

когнітивних процесів особистості. Його виникнення та перебіг значно залежать від мислення індивіда, оцінки ситуації, усвідомлення власних можливостей і ресурсів, а також від рівня підготовленості до управління стресом та вибору відповідних стратегій поведінки в стресових обставинах [41].

Т. Цигульська аналізувала стрес щодо його впливу на людину та його складових. Одним із ключових елементів вона виділяє когнітивне оцінювання обставин. На думку авторки, стимул, якщо його неправильно оцінити, може перетворитися на стресор, що викликає або виснаження організму, або адаптацію [40].

Взаємодія індивіда з навколишнім середовищем тісно пов'язана зі стресом. У своєму дослідженні Л. Наугольник та В. Кіт тлумачать стрес фізичною та психологічною реакцією організму на вплив негативних чинників. Когнітивне оцінювання ситуації займає центральне місце в процесі психологічного стресу. До того ж, негативні емоційні стани та перенапруження відіграють значну роль у розвитку стресу. Вони виникають внаслідок конфліктів та негативних емоцій [28].

Порівняння концепцій та теорій психологічного стресу демонструє, що вони відображають різноманітні аспекти змістовної природи стресу: його процесуальні та регуляторні аспекти, а також предметну та причинно-наслідкову природу [6].

Учені-сучасники запропонували низку принципів, які стосуються комплексного аналізу психологічного стресу. Розглянемо кілька теоретичних моделей, що ілюструють, як особистість організує інформацію про події з внутрішнього та навколишнього середовища, а також як вона формує власні дії й рішення у зв'язку з цим.

Н. Савелюк, визнає теорії Г. Сельє щодо реакцій фізіологічних систем організму на різні стресори. Однак вони підкреслюють, що «моделі таких реакцій значно варіюються за глибиною та тривалістю». Автор вважає, що вивчення фізіологічних і психологічних відповідей на стрес тісно пов'язане з індивідуальними особливостями особи та конкретними умовами

навколишнього середовища, такими як генетичні чинники, умови розвитку, а також соціально-економічні, культурні, історичні та духовні впливи [36].

Ю. Пилипака згадує дослідження, проведене В. Романюк, яке підтверджує, що внесок Г. Сельє у вивчення стресу став основою для подальших досліджень. На думку вченої, концепції фізіологічного та психологічного стресу активно досліджуються в контексті загального фізичного та психічного здоров'я людини та її особистості. Важливим аспектом є роль автономної нервової системи у прояві симптомів фізіологічного і психологічного стресу, а також у визначенні функціональних зв'язків цієї системи зі стресовою реакцією організму. Таким чином, питання стресостійкості особистості залишаються актуальними і потребують належної уваги [33].

Т. Шаблевська зупиняється на теорії «особистісних конструктів», розробленої Дж. Келлі. Дана концепція стверджує, що психічна сприйнятливість особистості зростає залежно від її очікувань щодо подій. Очікування можуть звужувати сприйняття до обмеженого, заздалегідь визначеного спектра. Різні прогнози про потенційні події та їх трактування формуються лише в рамках, які задаються цими очікуваннями [41].

Погоджуючись з поглядами Л. Китаєва-Смика, Т. Шаблевська також зазначає, що вчений визначає термін «стрес» як суттєвий негативний вплив на організм. Це може бути потужна фізіологічна чи психологічна відповідь на вплив стресора, яка може мати як негативні, так і позитивні наслідки для організму. Включає в себе різноманітні реакції, які є неспецифічними елементами фізіологічних і психологічних відповідей на сильні чи екстремальні впливи. Ці реакції викликають сильні прояви адаптаційної активності, які вказують на певні характеристики організму при різних реакціях [41].

Термін «стрес» застосовується в різних значеннях. По-перше, його розглядають як потужний, негативний вплив на людський організм, який було названо «стресором» Г. Сельє. Згодом з'явилися й інші терміни, такі як «стрес-фактор», «стрес-чинник» або «тригер». По-друге, цей термін використовується

для опису суб'єктивних реакцій особистості, які проявляються у вигляді емоцій, захисних механізмів та стратегій подолання, що відображають внутрішній психічний стан людини, зокрема, напругу та збудження. По-третє, стрес визначається як неспецифічні психологічні та фізіологічні реакції організму на сильні стресові впливи, які викликають інтенсивні адаптивні прояви, спрямовані на підтримання психічних процесів та поведінки для вирішення цих стресових ситуацій [37].

Здійснюючи аналіз наукових джерел, Я. Юрченко та А. Крайлюк встановили, що розрізняються два основні типи стресу, тобто фізіологічний та психологічний [45].

Н. Наугольник характеризує поняття «фізіологічний стрес» як відповідь на зовнішні подразники, що супроводжується змінами в психічному стані. Він підкреслює, що при дослідженні цього виду стресу необхідно враховувати, як характер міжособистісних взаємодій і мотивація поведінки впливають на реакції людського організму [29]. З ним погоджуємося, адже багато хвороб, переважно фізичного характеру, можуть бути наслідком негативного впливу соціально-психологічних факторів, на які психіка реагує відповідним чином.

Психологічний стрес має кілька унікальних характеристик, що відрізняють його від біологічного стресу, який досліджував Г. Сельє в своїх фундаментальних працях. Зокрема, цей тип стресу може бути спричинений не лише фактичними подіями, а й потенційними ситуаціями, які ще не відбулися, але яких людина побоюється. Люди, на відміну від тварин, здатні реагувати не тільки на фізичні загрози, але й на їхню ймовірність або навіть згадку про них. Така специфічність психоемоційного стресу у людей робить його перебіг не завжди підвладним загальним закономірностям [29].

Інша важлива характеристика психологічного стресу полягає в тому, наскільки людина відчуває свою здатність впливати на ситуацію, що викликає напругу. Дослідження показують, що активна життєва позиція або хоча б відчуття контролю над стресовою ситуацією стимулюють симпатичну нервову

систему. На противагу цьому, якщо індивід займає пасивну позицію, переважають парасимпатичні реакції організму [29].

Попри те, що терміни «психологічний» і «емоційний» стрес є схожими, важливо підкреслити їхні відмінності:

1) емоційний стрес зустрічається як у людей, так і у тварин, тоді як психологічний стрес характерний виключно для людини через складну структуру її свідомості;

2) для емоційного стресу притаманні яскраво виражені емоційні реакції, тоді як психологічний стрес розвивається через когнітивні процеси, такі як аналіз обставин, оцінка доступних ресурсів та прогнозування майбутніх подій;

3) фізіологи частіше оперують поняттям «емоційний стрес», у той час як психологи надають перевагу терміну «психологічний стрес» [29].

Дослідження в області психологічного стресу, яке провели В. Фучеджі та О. Плетенець [39], виявило кілька ключових факторів, які найбільше впливають на його виникнення. До них належать:

1) вплив факторів довкілля (забруднення повітря та води, шум, зміни клімату, сміттєзвалища, використання пестицидів та інші);

2) навантаження на людський організм (фізичні, фізіологічні, психологічні та емоційні стреси);

3) інформаційна перевантаженість суспільства (обробка великих обсягів даних, що вимагає значних зусиль для запам’ятовування та використання).

Крім цього, існують й інші причини, які можуть призводити до стресових станів.

Оскільки термін «стрес» часто викликає неоднозначність, існує безліч підходів до визначення стійкості людини до психічних навантажень. В. Веремієнко виділяє різні чинники, які можуть впливати на цю стійкість. Серед них важливу роль відіграють такі аспекти, як значення подій для особистості, індивідуальна оцінка ситуації, цінності людини, особистісний сенс, а також психологічна переробка. Крім того, на швидкість появи певних видів стресу, інтенсивність емоцій і поведінкові реакції особистості впливають

інші чинники. Це можуть бути емоційна стійкість, індивідуальна витривалість, функціональні можливості різних систем організму, бар'єр психічної адаптації, а також сила або слабкість нервової системи. Важливим аспектом є також толерантність особистості та її досвід у подоланні стресових ситуацій [6].

На думку Н. Бардина та Я. Когута, існують й інші обставини, які можуть спричиняти стрес, зокрема монотонність у професійній діяльності та емоційна взаємодія. Дослідники також підкреслюють, що деякі щоденні подразники, які найчастіше призводять до стресових ситуацій, включають недостатні житлові умови, фінансові труднощі, конфлікти у стосунках з іншими, а також труднощі в родині. Серед таких обставин варто зазначити соціальну ізоляцію, а також різноманітні життєві труднощі, як-от втрати чи хвороби близьких, втрата роботи, розлучення, народження та виховання дітей, зміна робочого місця та вихід на пенсію [1].

Д. Кравцов аналізує, як стресори впливають на організм людини, виявляючи специфіку цього процесу. Внаслідок цього впливу спостерігається підвищене виробництво гормонів, що походять з наднирників, зокрема катехоламінів [17]. Стрес може виявлятися в різних формах. Для людського організму негативні наслідки від стресових ситуацій можуть включати сильні головні болі, дискомфорт у шлунку, часті позиви до сечовипускання та відчуття тиску в грудях. Крім фізіологічних реакцій, стрес також може проявлятися через емоційні сигнали, такі як нетерплячість, пришвидшена мова і рухи, а також відчуття сплутаності і втоми [1].

Багато дослідників, зокрема В. Гаврилькевич, В. Гальченко та В. Булах, у своїх наукових працях акцентують увагу на впливі стресу на людський організм. У цій площині В. Булах [4] виділяє кілька типів наслідків, що викликані стресом:

1. Фізіологічний. Цей тип проявляється через порушення функціонування серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту та дихальних органів. Наприклад, у випадку страху можуть спостерігатися тахікардія, підвищений артеріальний тиск, спазми та біль у животі, а також проблеми з диханням.

2. Суб’єктивний. До нього відносять різні розлади особистості, загальну втому, тривожні відчуття та почуття провини.

3. Поведінковий. Даний тип наслідків стосується змін у поведінці людини, таких як негативізм, неадекватні реакції, замкнутість, а також прагнення поділитися своїми переживаннями та думками.

4. Когнітивний тип включає порушення в пізнавальних процесах, зокрема проблеми з пам’яттю, увагою, мисленням і мовленням, а також уповільнення інтелектуальних реакцій.

Дослідження, проведені Ю. Кіржецьким, Н. Пряхіною, Ю. Жидецьким та іншими вченими, акцентують увагу на тому, що незначні стресові фактори, які часто недооцінюються, насправді можуть чинити набагато сильніший вплив на людський організм. Вчені також наводять різні приклади обставин, здатних викликати стресове напруження. Наприклад, у дослідженнях, присвячених стресостійкості співробітників правоохоронних органів, вони визначають джерела, які ведуть до хронічних депресивних станів, професійного стресу та деформації особистості, одним з яких є синдром незадоволення від роботи [1].

Таким чином, нинішні соціально-економічні умови та інші фактори, що впливають на життя людини, ведуть до появи різних ситуацій, часто супроводжуваних стресом, що викликає відповідні реакції в організмі. Кожна з цих реакцій вимагає оперативного та адекватного аналізу і вирішення, аби збільшити здатність протистояти негативним впливам без шкоди для фізичного і психологічного стану. Як уже було зазначено, проблема стресу привертала увагу науковців в різні епохи. Це підтверджується численними дослідженнями, проведеними як українськими, так і зарубіжними фахівцями.

1.3. Причини виникнення та прояви психологічного стресу у середнього медичного персоналу під час професійної діяльності

Останнім часом проблема професійного стресу набула особливої актуальності. Особливо це питання важливе для медичних працівників, оскільки їхня діяльність та психологічне самопочуття безпосередньо впливають на життя інших людей. Розуміння причин та особливостей прояву професійного стресу серед середнього медичного персоналу є необхідним для своєчасного надання їм психологічної підтримки, що, у свою чергу, сприяє їхній ефективній роботі та виконанню професійних обов'язків.

На думку О. Овчаренко, професійний стрес є емоційною реакцією індивіда, що виникає в результаті раптових і стресових ситуацій на робочому місці, наприклад, через конфлікти в колективі, а також через інтелектуальні та емоційні навантаження [30].

Професійний стрес трактується О. Будівською як негативна реакція, яку можуть переживати співробітники в умовах, коли робочі вимоги і тиск ставлять під сумнів їхні знання, навички та можливості для справляння з ситуаціями [3].

Н. Євтушенко пропонує визначати професійний стрес напруженням, яке відчуває працівник під впливом негативних емоційних і екстремальних факторів, що виникають у процесі виконання його професійних обов'язків [10].

Аналіз теоретичних джерел дав можливість О. Безпалько [2] виділити три ключові концептуальні парадигми, що стосуються моделей професійного стресу:

1. В екологічному підході акцент робиться на парадигмі відповідності в системі «особистість – середовище». Тут стрес розглядається через призму дисбалансу. Він виникає, коли довкілля пред'являє вимоги до особистості, але ресурси останньої виявляються недостатніми для їх задоволення. Внаслідок такого дисбалансу можуть виникати різноманітні порушення, що стосуються фізичного здоров'я працівника, а також зниження продуктивності та якості його роботи.

2. У психологічній моделі стресу значне місце займає «процесуально-когнітивна» парадигма, запропонована Р. Лазарусом. Головними аспектами цієї парадигми є активізація внутрішніх резервів організму для подолання виникаючих труднощів, а також оцінка ситуації з когнітивної точки зору.

3. Щодо регуляторного підходу, основною є парадигма регулювання станів. Цей підхід дозволяє розглядати стрес як стан, що є наслідком змін у механізмах регуляції діяльності та поведінки. Однак це можливо лише в ситуаціях, коли стресори діють протягом тривалого часу.

Важливо зазначити, що кілька дослідників, серед яких К. Руднєва та Є. Кучеренко, вивчали професійний стрес, який виникає у медичних працівників багатопрофільних лікарень. Вони вважають, що цей тип стресу зумовлений не лише безпосереднім виконанням професійних завдань різного рівня складності, а також тісно пов'язаний із загальним досвідом особистої діяльності за межами роботи [35].

Оскільки медичні працівники займаються різними клінічними, суміжними та адміністративними службами охорони здоров'я, джерела стресу можуть варіюватися як між різними професіями, так і всередині них. Крім того, дослідження, що стосуються сфери охорони здоров'я, виявляють різноманітні фактори, які сприяють професійному стресу. До таких чинників належать, наприклад, перевантаження роботою, тиск у часі, неоднозначність ролей або конфлікти у них (С. Бен-Ітцак, Н. Розенберг, П. Халперн тощо) [50], графіки змін (Б. Харбек) [55], проблеми, пов'язані з пацієнтами (М. Вейгл) [64]. Ще одним важливим аспектом є насильство з боку пацієнтів і їхніх родичів (М. Боуман) [52] та загроза зараження інфекційними захворюваннями (Б. Харбек) [55].

Професійний стрес формуються під впливом певних професійних чинників. Кожен з цих чинників може бути потенційним джерелом стресу, однак не викликає його автоматично. Реакція працівників на професійний стрес залежить від їх чутливості або толерантності до стресу. Відповідно до

теоретичних досліджень, чинники, що впливають на професійний стрес, Л. Перелигіна та М. Ситник [32] класифікують на чотири основні групи:

1) зовнішні, що складаються з політичних та економічних аспектів, взаємодії з держструктурами, конкурентного середовища, постачальників ресурсів, споживачів, критично важливих подій в житті та сімейних обставин;

2) організаційні та адміністративні, що включають в себе організаційну структуру, процеси в організації, цілі діяльності, управлінську систему, зміст та засоби адміністративної роботи, соціально-психологічні умови, міжособистісну взаємодію, фактори виробництва, організаційні зміни та екстремальні умови;

3) робочі: зміст та засоби роботи, обсяг навантаження, умови фізико-хімічної та технічної роботи, а також соціальні умови;

4) особисті: фізичні та фізіологічні характеристики, соціально-психологічні риси, індивідуальні та психологічні особливості, морально-етичні аспекти, а також професійні характеристики.

Як вказує експерт у сфері стресу на роботі В. Винокур, основною причиною професійного стресу є зниження мотивації до виконання трудових обов’язків. При цьому «професійне вигорання» і збереження ентузіазму в роботі представляють собою два крайні варіанти взаємодії між особою та її професією [11].

Стрес у професійній діяльності О. Будівська визнає серйозною проблемою серед середнього медичного персоналу. Відсутність відповідних навичок, організаційні чинники та недостатня соціальна підтримка можуть негативно впливати на медичних працівників, сприяючи розвитку професійного стресу. Це явище може призводити до вигорання, психосоматичних розладів і погіршення загальної якості життя, а також знижувати ефективність надання медичних послуг. Внаслідок цього, медичні фахівці можуть не мати можливості забезпечити пацієнтів високоякісною медичною допомогою. Крім того, стрес і вигорання можуть мати фінансові наслідки, оскільки медичні працівники, які постраждали від цих станів, беруть лікарняні і навіть розглядають можливість змінити місце роботи [3].

Зокрема, серед факторів стресу, які найбільше впливають на медичних працівників, О. Сопель, Х. Головенко та Н. Маляр-Газда виокремлюють наступні: взаємодія з пацієнтами та їхніми сім'ями; змінна робота, що має негативний вплив на адаптаційні здібності організму; постійне стикання з проблемами оточуючих, що викликає біль і негативні емоції; високі вимоги до професійних навичок та знань медичного спеціаліста; відповідальність за здоров'я і життя пацієнтів; умови праці; рівень оплати праці лікарів і медсестер та інші чинники [9; 22].

Стрес професійного характеру у медичних працівників зумовлений кількома особливими аспектами їхньої діяльності. Серед них дослідниця Н. Євтушенко виокремлює наступні: 1) відповідальність за здоров'я та життя пацієнтів; 2) тривале перебування в середовищі негативних емоцій, таких як страждання, біль, відчай, роздратування тощо, які, завдяки емоційному зараженню, передаються медичному персоналу; 3) нерегулярний графік роботи, що включає нічні та добові чергування, що порушує природні ритми відпочинку та праці, негативно впливаючи на адаптацію організму; 4) недостатній рівень заробітної плати середнього медичного персоналу порівняно з їхньою соціальною відповідальністю, що викликає відчуття незадоволеності своєю професією [10].

Посилаючись на дослідження, проведені такими вченими, як Дж. Ворден, П. Гінглі та Г. Енгель, О. Шевченко виділяє основні стресори, з якими стикаються медичні сестри. До них належать: негативні прогнози для пацієнтів; страждання хворих; переживання, пов'язані зі смертю пацієнтів; складні професійні завдання; недостатня підготовка медичних сестер для задоволення емоційних потреб пацієнтів і їхніх родин; фізичні, психологічні, когнітивні та поведінкові реакції пацієнтів на термінальних стадіях захворювання [42].

За даними Агентства з оцінки якості медичних послуг, чотири ключові чинники були визначені як головні джерела стресу у медсестер: догляд за пацієнтами, процес прийняття рішень, відповідальність та постійні зміни в робочих алгоритмах. Додатково, екстрені медичні ситуації можуть створювати

додаткове навантаження і підвищувати рівень стресу в догляді за пацієнтами. Ці обставини ускладнюють роботу медсестер, які, незважаючи на складність обставин, зобов'язані забезпечувати якісне обслуговування, одночасно дбаючи про безпеку як пацієнтів, так і власну [38].

Згідно з інформацією, наданою Американською холістичною асоціацією медсестер, основними причинами стресу серед медичних сестер є перевантаженість через нестачу персоналу, взаємодія з іншими медичними працівниками, стиль керівництва та рівень підтримки, а також потреба в задоволенні емоційних запитів пацієнтів. Окрім цього, за словами Т. Даггет та його колег, стрес у професійній діяльності може бути пов'язаний з ризиком смерті пацієнтів, невизначеністю щодо лікувальних рішень і підвищеним робочим тягарем [53].

Професію медсестри С. Огундіпе, А. Молла характеризують підвищеним рівнем стресу, що обумовлено кількома факторами. Зокрема, щоденні обов'язки, пов'язані з наданням основної допомоги та підтримкою охорони здоров'я, створюють значне навантаження на медсестер через необхідність відповідати клінічним потребам пацієнтів [59].

Стрес на робочому місці у медичних сестер здатен негативно позначатися на їхньому житті, а також на рівні обслуговування пацієнтів. Водночас, медичний персонал показує кращі результати роботи, коли їхня якість життя є високою [57]. Медсестри постійно взаємодіють із пацієнтами, що може призвести до стресу через такі фактори, як умови праці, різноманіття випадків госпіталізації, брак персоналу, перевантаженість роботою, а також ставлення керівництва. Незважаючи на те, що стрес є невід'ємною частиною сучасної медичної професії, і в малих кількостях він може бути корисним, М. Бахрамі зазначає, що тривалий його вплив сприяє розвитку хронічних захворювань, таких як підвищений артеріальний тиск. У результаті, це може провокувати серцево-судинні захворювання та негативно впливати на загальне самопочуття медпрацівників [48].

М. Ковальова констатує, що діяльність медичних сестер підлягає впливу численних психологічних аспектів. Ці аспекти виникають не лише з відносин між медичними працівниками та пацієнтами, а також із загального настрою в команді та суспільного сприйняття професії. Безперервна дія негативних чинників може викликати тривалі трансформації в особистісних якостях [14].

Н. Євтушенко підтримує вченого Ю. Щербатих, який вважає, що симптоми «стресу медпрацівників» не мають чітко визначених ознак і можуть проявлятися в різноманітних формах – від легких реакцій, таких як дратівливість і підвищена втома, до більш серйозних невротичних або психосоматичних розладів. Важливу роль у цьому процесі відіграють типи вищої нервової діяльності та індивідуальні риси характеру. Наприклад, меланхоліки частіше схильні до відчаю та тривоги, пов'язаних з їхньою професійною діяльністю, тоді як холерики можуть частіше демонструвати агресивні манери спілкування з пацієнтами [10].

У процесі експериментального дослідження професійного стресу серед медичних працівників Н. Євтушенко та І. Щербакова встановили, що 80% опитаних відчувають прояви професійного стресу. Крім того, авторки визначили, що ключовими факторами, що сприяють виникненню стресу у цій категорії спеціалістів, є суб'єктивні та міжособистісні аспекти, тобто ті, що пов'язані з комунікацією у робочому середовищі.

Підсумовуючи результати дослідження, В. Рирак, С. Гордійчук, В. Шатило, О. Горай та С. Поплавська [34] отримали інформацію, яка підтверджує такі аспекти:

1. 15% медсестер і медбратів страждають від субклінічно вираженої тривожності, а 7,1% мають клінічно виражену тривожність.

2. Середній медичний персонал має субклінічно виражену депресію у 17,9% випадків, тоді як 12,9% демонструють ознаки клінічно вираженої депресії.

3. Вплив тривожності і депресії на виконання професійних обов'язків було підтверджено 40% опитаних пацієнтів.

4. Отримані дані свідчать про те, що психічне здоров'я медичних працівників є важливим чинником, що впливає на якість їхньої роботи та загального життя, і це питання потребує подальшого дослідження.

Вивчення ознак професійного стресу серед медичних працівників показало, що медсестринська діяльність є однією з найбільш вразливих до стресу. Відповідно до отриманих результатів, які отримали науковці А. Варич, С. Кокоріна та Л. Гуменна, близько 50% медичних сестер демонструють середній рівень стресових розладів. Це негативно впливає на їхнє фізичне самопочуття, ефективність виконання професійних обов'язків та якість життя в цілому. Отже, проблема потребує глибшого аналізу, зокрема в аспекті профілактики стресу у медсестер, підтримки їхнього психологічного добробуту та зміцнення психічного здоров'я [5].

Стрес на роботі може призводити до частіших випадків звільнень, конфліктів з колегами, проблем зі здоров'ям, зниження рівня задоволеності працею та зменшення креативності. Окрім того, негативний вплив стресу позначається на здатності приймати своєчасні та правильні рішення, формує відчуття неадекватності, призводить до депресивних станів, виснаження, відрази до роботи та зниження продуктивності. Як результат, знижується якість виконання професійних обов'язків, зокрема у сфері медсестринського догляду, що підвищує ризик виробничих травм [63].

Численні наукові дослідження (Р. Парвін, М. Хуссейн, М. Афзал, М. Сабір, Ф. Тагіра тощо) вказують на те, що робочий стрес безпосередньо або побічно впливає на якість надання медичних послуг [60]. У зв'язку з цим, через присутність неминучих стресових факторів у роботі медсестер, важливо мінімізувати їх негативний вплив на фізичний і психологічний стан медичних працівників для покращення їхнього життя та професійної поведінки щодо пацієнтів. Незважаючи на існування інших професійних загроз у медичній сфері, стрес вважається найпоширенішим. Саме тому медсестри потребують інструментів для ефективної боротьби зі стресом, щоб мінімізувати або попередити його шкідливі наслідки. Різні фактори, як індивідуальні, так і

організаційні, можуть знижувати рівень уваги до пацієнтів, серед них можна відзначити навички, кваліфікацію, робочий стиль медсестер та підхід керівництва. Робочий стрес також здатен впливати на поведінку медсестер через надмірні обов'язки та перевантаження [61].

Стрес, пов'язаний із професійною діяльністю, може призводити до зниження емпатії до пацієнтів та збільшення кількості помилок у практиці, що негативно впливає на якість медичних послуг. Це, в свою чергу, безпосередньо або опосередковано позначається на процесах надання медичної допомоги та лікувальних результатах пацієнтів [38]. За даними П. Сарафіс та колег, професійний стрес має шкідливий вплив на якість життя медсестер. Більш того, він здатен впливати на результати лікування пацієнтів, тому дослідники підкреслили необхідність продовження досліджень у цій сфері [62].

Дослідження підтверджують, що у медичних працівників часто виникає професійна деформація, яка поступово призводить до розвитку синдрому «вигорання». Це, в свою чергу, може викликати негативні, а іноді навіть приховано-агресивні ставлення до пацієнтів. Взаємодія з ними стає односторонньою, включаючи критику, оцінювання та тиск, що негативно позначається на обох сторонах процесу. Часто таке вигорання є результатом постійного стресу. У таких випадках вимоги, які ставляться до особистості, перевищують доступні ресурси для подолання стресових ситуацій [11].

Підводячи підсумки, М. Синенко, М. Марущак, Б. Чижишин, О. Мялюк та Т. Заєць підтверджують, що багато дослідників одностайні в думці, що стрес на робочому місці в медсестринстві представляє собою фізично-психологічний синдром, який супроводжується відчуттям втоми. Це, в свою чергу, призводить до негативного ставлення до себе, колег, пацієнтів, а також до родини. Такі умови часто супроводжуються моральною кризою, незадоволеністю професією, психічним стресом і проблемами з концентрацією уваги. У результаті середній медичний персонал стає менш ефективним в своїй роботі. Відзначається, що високий рівень стресу на робочому місці має згубний вплив на психічне здоров'я медсестер і призводить до зниження їхньої продуктивності [38].

Наше дослідження виявило, що робочий стрес може мати серйозні наслідки для фізичного та психічного стану середнього медичного персоналу. Він здатен призвести до зниження енергії та продуктивності, а також створити перешкоди для якісного догляду за пацієнтами. Як наслідок, це може негативно вплинути на результати лікування пацієнтів. Попри численні дослідження, що підтверджують надзвичайну складність професії медсестри, тема стресових факторів, з якими вони стикаються, а також їх вплив на роботу медичних працівників досліджена недостатньо. Глибше розуміння цих стресорів дозволить розробити ефективні стратегії їх подолання, що сприятиме створенню безпечних умов праці для медсестер і підвищенню якості наданої медичної допомоги.

РОЗДІЛ ІІ. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Теоретичний аналіз проблеми психоемоційного стану середнього медичного персоналу та проблеми професійного стресу, довів їхню значущість для наукового середовища. Відповідно, постало завдання дослідити особливості психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу.

За даними, отриманими у результаті теоретичного аналізу, нами був складений план емпіричного дослідження для вивчення особливостей психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу. Для досягнення мети дослідження було сформовано вибірку з 75 працівників середнього медичного персоналу на базі КНП «Центральна міська клінічна лікарня» м. Чернівці протягом травня-червня 2024 року. Це дозволило отримати репрезентативні дані про вплив стресу на психоемоційний стан цієї категорії. Зібрані статистичні показники охоплюють вік, стать, сімейний статус, місце проживання, досвід роботи, а також статус ВПО. Ці дані проаналізовані та представлені за допомогою діаграм для більшої наочності.

У дослідженні взяли участь 75 осіб жіночої статі, які відносяться до середнього медичного персоналу. Середній вік учасників становив 44 роки, що відображає вікову структуру цієї групи (див. рис. 2.1).

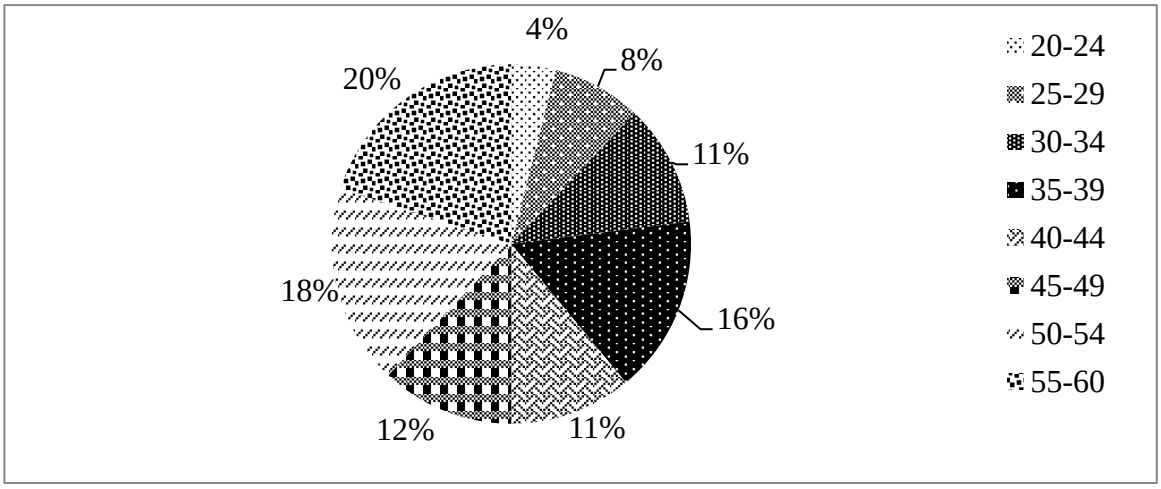


Рис. 2.1. **Розподіл досліджуваних за віком**

Сімейний статус учасників теж був проаналізований. Як видно з діаграми 2.2., 68% вибірки (51 осіб) є одруженими. Водночас 15% учасників (11 осіб) не мають сімейних обов'язків. Також 11% (8 досліджуваних) втратили свого партнера та лише 6% (5 осіб) є розлученими.

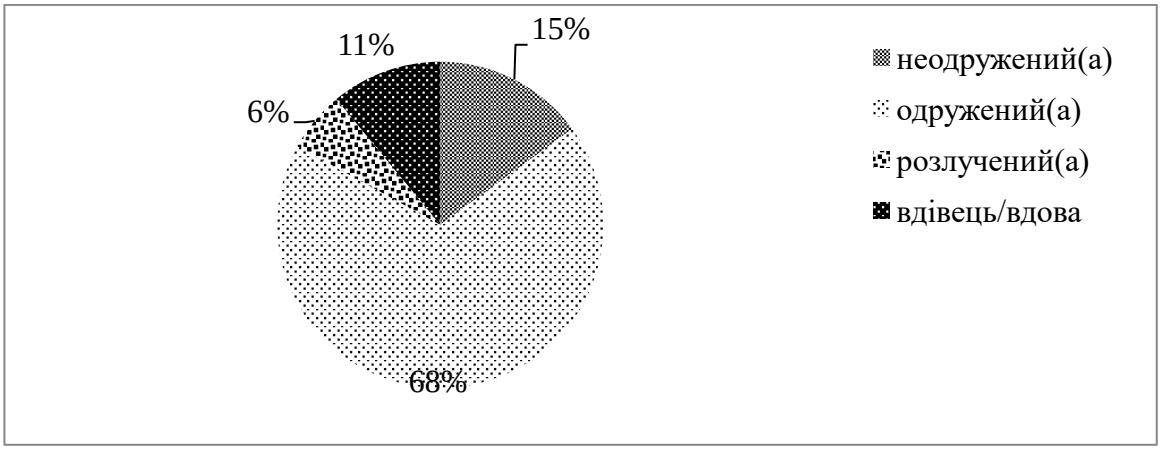


Рис. 2.2. **Розподіл досліджуваних за сімейним статусом**

Статус ВПО, який теж було обрано ознакою характеристики нашої вибірки, відсутній.

На рис. 2.3. зображено розподіл учасників за місцем проживання: 72% (54 особи) вибірки проживають у місті, тоді як 28% (21 особа) проживають у селі.

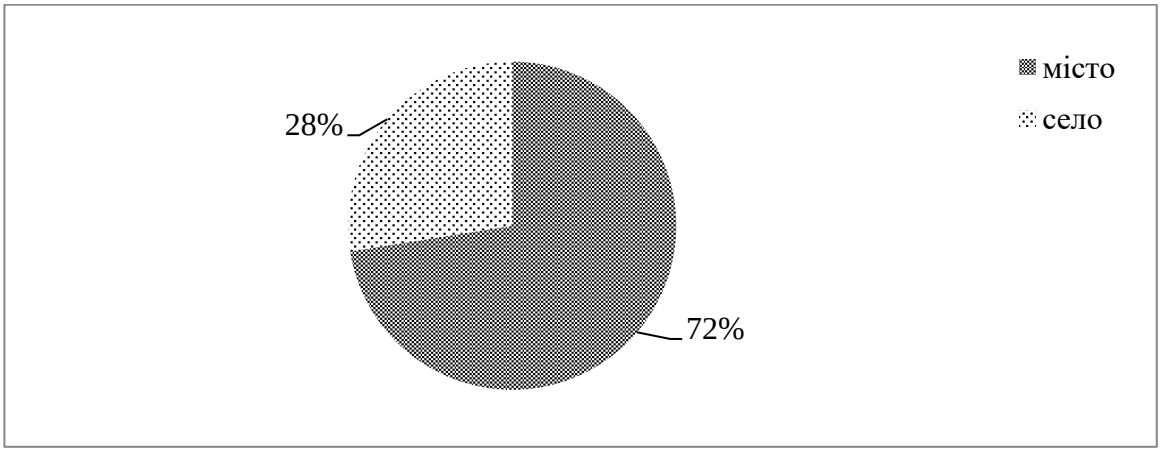


Рис. 2.3. **Розподіл досліджуваних за місцем проживання**

Досвід роботи учасників відзначався різноманітністю. На діаграмі 2.4. представлено, що серед вибірки 24% досліджуваних (18 осіб) мають досвіду роботи від 11 до 20 років, 21% (16 учасників) – від 1 до 10 років, 20% (15 осіб) – від 31 до 40 років, 16% досліджуваних (12 осіб) – від 21 до 30 років та 19% (14 осіб) працюють більше 41 року.

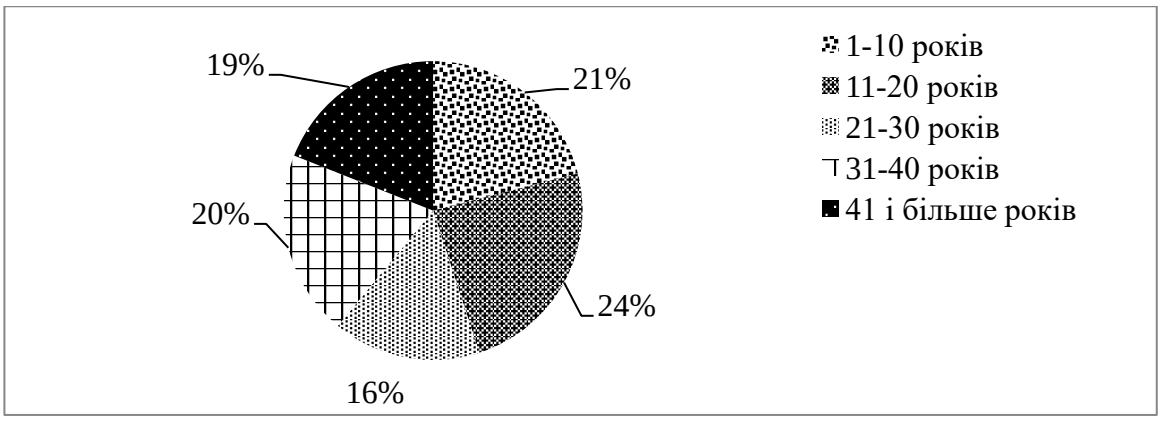


Рис. 2.4. **Розподіл досліджуваних за досвідом роботи**

Дослідження проводилось у кілька етапів:

- на першому етапі була сформульована тема дослідження та складена його програма: визначені об’єкт, предмет, цілі, задачі, розроблена гіпотеза дослідження;

- на другому етапі дослідження був здійснений огляд стану теоретичних, практичних та методичних розробок на основі літературних джерел, проведений аналіз та узагальнення результатів українських та зарубіжних досліджень щодо проблем психоемоційного стану та професійного стресу середнього медичного персоналу. Виходячи з теоретичної та практичної розробки досліджуваної проблеми, було здійснено планування емпіричного дослідження та підбір методичного інструментарію, а також обрані методи збору інформації та обробки даних;

- на третьому етапі проводилось вивчення особливостей психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу;

- на четвертому етапі була проведена статистична обробка даних, аналіз, узагальнення та інтерпретація отриманих даних, описані результати дослідження, зроблені загальні висновки та оформлено текст роботи.

У прикладні завдання третього етапу дослідження входило вивчення наступних індикаторів діагностики: рівні вираженості стресу середнього медичного персоналу; для кожного рівня стресу особливості неадаптивних

станів і властивості особистості, рівні невротизації особистості та рівні нервово-психічної напруги.

Для реалізації поставленої мети емпірично з'ясувати особливості психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу було обрано наступні психодіагностичні методики, короткий опис яких наводимо нижче.

Тест на визначення рівня стресу (В. Щербатих) [45]

Методика визначення рівня стресу була перекладена та адаптована в Україні різними дослідниками. Основна мета тесту – визначити загальний рівень стресу та його прояви. Тест складається з чотирьох розділів, кожен з яких охоплює відповідні прояви стресу – інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні. У кожному розділі міститься дванадцять ознак стресу. Учасники можуть обрати від 1 до 12 ознак стресу в кожній шкалі, які вони відчувають на момент опитування та протягом останнього місяця.

Обробка та інтерпретація результатів: загальна максимальна сума може досягати 66.

Показник від 0 до 5 балів означає, що в даний момент життя вагомий стрес відсутній.

Показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася.

Показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорний фактор, який не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібно застосування спеціальних методів подолання стресу.

Показник від 25 до 40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така величина стресу говорить про те, що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу – виснаження запасів адаптаційної енергії.

Методика «Самооцінка емоційних станів» (Г. Айзенк) [19]

Тест дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність), які можуть негативно впливати на процес соціалізації юнаків та дівчат, спілкування і в результаті на формування самооцінки, тому потребують діагностики з метою їх своєчасної корекції.

Методика складається з 40 тверджень. Респонденту пропонується уважно прочитати опис різних психічних станів. Якщо цей опис збігається з його станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає рідко, то ставиться 1 бал. Якщо не збігається зі станом респондента – 0 балів.

Бали додаються за кожною групою запитань за 4 шкалами: шкали тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Інтерпретація результатів здійснюється згідно з ключем, шляхом визначення рівня вираження кожного стану, де сума балів від 0 до 7 відповідає низькому рівню, 8-14 балів – середньому та 15-20 балів – високому рівню.

Методика «Визначення рівня невротизації» (Вассерман) [15]

Методика призначена для діагностики рівня невротизації особистості. Запитання для визначення рівня невротизації у даній методиці мають орієнтовний характер.

Методика складається з 40 запитань (міркувань), на кожне з яких досліджуваний дає відповідь «так» або «ні». Результати відображаються кількісними показниками (у балах), на основі яких робиться висновок про рівень нервово-психічної стійкості.

Обробка результатів здійснюється за допомогою підрахунку позитивних відповідей. Чим більший отриманий результат, тим вищий рівень невротизації:

- високий рівень невротизації – від 20 і вище;

- середній рівень –від 10 до 19;

- низький рівень – від 1до 9.

Опитувальник нервово-психічної напруги (Т. Немчін) [31]

Дана методика представляє собою перелік ознак нервово-психічної напруги. Діагностує 30 характеристик цієї напруги з трьома рівнями вираженості, а саме: наявність фізичного дискомфорту, наявність больових відчуттів, температурні відчуття, стан м'язового тонусу, координація рухів, стан рухової активності в цілому, відчуття зі сторони серцево-судинної системи, прояви зі сторони шлунково-кишкового тракту, прояви зі сторони органів дихання, прояви зі сторони видільної системи, стан потовиділення, стан слизової оболонки порожнини рота, забарвлення шкіряних покривів, сприйнятливість, чутливість шкіряних покривів, почуття впевненості в собі, в своїх силах, настрій, особливості сну, особливості емоційного стану в цілому, завадостійкість, особливості мови, загальна оцінка психічного стану, особливості пам'яті, особливості уваги, кмітливість, розумова працездатність, явища психічного дискомфорту, ступінь розповсюдження (генералізації) ознак психологічної напруги, частота виникнення станів напруги, тривалість станів напруги, загальний ступінь вираженості напруги.

За змістом всі ознаки також розділені на три групи. Перша група відображає наявність фізичного дискомфорту і неприємних відчуттів з боку соматичних систем організму. Друга група ознак відображає наявність або відсутність психічного дискомфорту і скарг з боку нервово-психічної сфери. Третя група описує загальні характеристики нервово-психічної напруги: частоту, тривалість, ступінь вираженості стану.

Підрахунок балів проводиться шляхом їх підсумовування, при цьому за позначку (+), поставлену проти пункту «а», нараховується 1 бал, проти пункту «б» – 2 бали і проти пункту «в» – 3 бали. Мінімальна кількість балів, яку можна набрати, дорівнює 30, а максимальне – 90.

Крім зазначених характеристик нервово-психічної напруги, за даною методикою можна визначити загальний рівень даної напруги, а саме: діапазон

слабкої нервово-психічної напруги – від 30 до 50, помірної – від 51 до 70, надмірної – від 71 до 90.

РОЗДІЛ ІІІ. ПОРІВНЯЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ З РІЗНИМ РІВНЕМ СТРЕСУ

3.1. Порівняльний аналіз результатів дослідження особливостей психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу

Оскільки стрес може впливати на особливості психоемоційного стану, важливо враховувати цей аспект у дослідженні. Першим етапом нашої роботи стало визначення рівня стресу у середнього медичного персоналу за допомогою методики «Тест на визначення рівня стресу» В. Щербатих (див. розділ ІІ). За допомогою цієї методики можна об’єктивно визначити рівень стресу в досліджуваних осіб і подальше вивчення їх психоемоційного стану може розкрити взаємозв’язки між цими факторами. Завдяки результатам методики «Тест на визначення рівня стресу» В. Щербатих було виявлено рівні стресу серед середнього медичного персоналу. Результат діагностики вираженості стресу відображений на рис. 3.1.

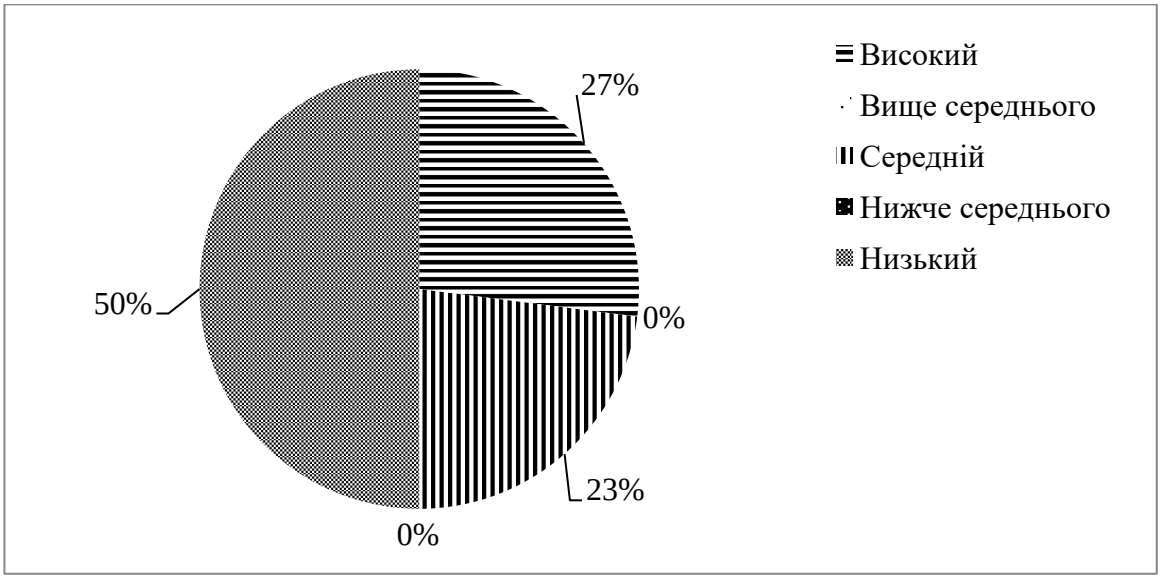


Рис. 3.1. **Розподіл досліджуваних за рівнями стресу за методикою «Тест на визначення рівня стресу» В. Щербатих (у %)**

Середній медичний персонал, як правило, щодня стикається з численними стресовими факторами, пов’язаними з їхньою професійною діяльністю. Це можуть бути як фізичні, так і емоційні навантаження, зокрема робота з хворими пацієнтами, участь у термінових медичних процедурах, необхідність швидкого реагування в екстрених ситуаціях та виконання великого обсягу завдань. Однак, як свідчать результати дослідження, представлені на рис. 3.1., 50% досліджуваних медичних працівників демонструють низький рівень стресу. Це означає, що, попри високу напругу, яку може супроводжувати їхня робота, половина медичного персоналу здатна успішно контролювати свій емоційний стан і підтримувати психологічну стійкість. Низький рівень стресу серед цих працівників вказує на ситуативність його виникнення. Тобто стресові реакції виникають у відповідь на певні події або обставини, але вони не стають постійними чи хронічними. Це може бути пов’язано з можливістю медичного персоналу регулярно використовувати механізми самовідновлення, такі як якісний відпочинок після зміни, фізична активність, розслаблення або соціальна підтримка з боку колег і близьких. Завдяки цим методам стрес може бути швидко компенсований і не призводить до тривалого емоційного вигорання. З іншого боку, природа роботи середнього медичного персоналу також може пояснювати низький рівень стресу у значної частини працівників. Хоча їхня діяльність є інтенсивною і відповідальною, вони часто працюють в умовах чітко визначених завдань і функцій. Це дає їм можливість зосереджуватися на конкретних процесах і менше переживати через стратегічні рішення, які залишаються в зоні відповідальності лікарів та адміністрації. Таке розмежування обов’язків дозволяє середньому медичному персоналу зосереджуватись на оперативних аспектах своєї роботи, що, у свою чергу, знижує рівень стресу, пов’язаного з відповідальністю.

Таким чином, низький рівень стресу серед значної частини медичного персоналу може бути зумовлений як індивідуальними стратегіями подолання стресу, так і особливостями їхньої професійної діяльності, що дозволяє їм балансувати між роботою і відпочинком.

27% опитуваних (20 осіб) за результатами діагностики перебувають на високому рівні вираження стресу, що вказує на крайнє виснаження організму внаслідок впливу зовнішніх чи внутрішніх чинників. Даний рівень має свої особливості серед середнього медичного персоналу. Середній медичний персонал часто зазнає надмірного емоційного й фізичного навантаження, оскільки на них покладається велика відповідальність за здоров'я та життя пацієнтів. Їхня робота характеризується складними умовами, які включають регулярні та нерегулярні зміни, нічні чергування, потребу швидко ухвалювати критичні рішення і тісний контакт із пацієнтами, що часто перебувають у важких або критичних станах. Це призводить до хронічного стресу, який поступово виснажує ресурси організму. Особливістю стресу серед середнього медичного персоналу є також постійний дефіцит ресурсів – як матеріальних, так і людських. Персонал часто стикається з браком часу для адекватного догляду за пацієнтами, перевантаженням через надмірну кількість обов'язків і недостатньою підтримкою з боку керівництва. Цей брак ресурсів створює відчуття безпорадності й фрустрації, що ще більше загострює стресовий стан. Крім того, часто існує обмежена можливість для професійного розвитку та кар'єрного зростання, що може додатково викликати почуття незадоволення своєю роботою. Наслідком високого рівня стресу є емоційне та фізичне вигорання, яке проявляється у втраті мотивації до роботи, зниженні почуття професійної ефективності, апатії, а також у фізичних симптомах, таких як постійна втома, безсоння, головні болі та інші розлади. У середнього медичного персоналу, який безпосередньо працює з пацієнтами, ці наслідки стресу можуть значно вплинути на якість медичних послуг, а також на їхнє особисте здоров'я та психологічний добробут. З огляду на це, важливо впроваджувати заходи підтримки та профілактики стресу на робочих місцях, що дозволить зменшити рівень емоційного виснаження серед цього критично важливого сегмента медичних працівників.

Середній рівень стресу виявили 23% респондентів (17 осіб). Напруженість емоційних та фізіологічних систем у цих людей є природною

реакцією на регулярне зіткнення зі стресогенними чинниками. Це впливає на емоційний стан медичних працівників, викликаючи реакції стресу, які можуть проявлятися як на психологічному, так і на фізіологічному рівнях. Зумовленість такого рівня стресу також можна пов’язати із недостатньою кількістю підтримки та ресурсів для управління стресом на робочому місці. Багато медичних працівників часто відчувають брак часу для самовідновлення та розвантаження від негативних емоцій, що накопичуються під час виконання професійних обов’язків.

Таким чином, діагностика рівня стресу в осіб середнього медичного персоналу виявила, що загальна вибірка досліджуваних продемонструвала вираження трьох основних категорій працівників за ступенем вираженості стресу. Більшість медичних працівників демонструють низький рівень стресу, що свідчить про ефективність їхніх особистих механізмів подолання стресових ситуацій та можливість зберігати психологічну стійкість попри інтенсивність роботи. Водночас 27% респондентів демонструють високий рівень стресу, що вказує на крайнє виснаження через вплив як зовнішніх, так і внутрішніх факторів. Цей рівень стресу є наслідком складних умов роботи, перевантаження, нестачі ресурсів та відсутності підтримки з боку керівництва. Середній рівень стресу також спостерігається у досліджуваних і відображає реакцію на регулярне зіткнення зі стресогенними чинниками. У таких випадках емоційна та фізіологічна напруга проявляється як природний захисний механізм, що може бути посилений недостатньою кількістю ресурсів для відновлення.

Згідно з метою нашого дослідження, яка полягала у виявленні особливостей психоемоційного стану середнього медичного персоналу відповідно до рівня їх стресу, за отриманими результатами, ми сформували три групи досліджуваних: досліджувані з високим рівнем стресу, досліджувані з середнім рівнем стресу та досліджувані з низьким рівнем стресу. Досліджуваних з вище середнього та нижче середнього рівнями не було

виявлено. Далі наводимо результати дослідження, що розкривають особливості психоемоційного стану у кожній з цих груп залежно від рівня їх стресу.

Дослідження психоемоційного стану середнього медичного персоналу має важливе практичне і теоретичне значення, особливо в контексті розуміння впливу стресу на особливості вираження цих станів. У цьому контексті методика «Самооцінка емоційних станів» Г. Айзенка може стати інструментом для вивчення та аналізу особливостей психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу (див. розділ ІІ). Згідно отриманих даних за даною методикою на діаграмах показано, яким чином та у якій мірі виражається серед досліджуваних працівників середнього медичного персоналу кожен із згаданих у груповому аналізі паттернів самооцінки психічних станів: високого, середнього та низького рівня показників за шкалами. Результати дослідження середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу за опитувальником «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка подано у вигляді діаграм 3.2.-3.5.

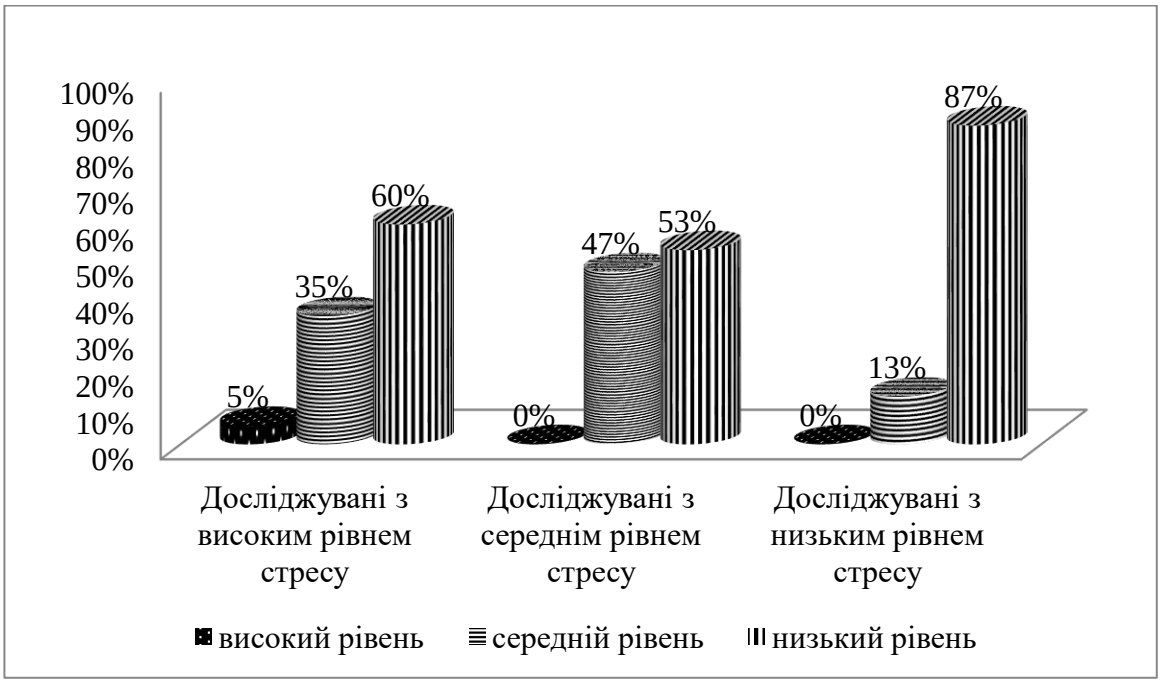


Рис. 3.2. **Розподіл досліджуваних з різним рівнем стресу за інтегральним показником «Тривожність» за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка (у %)**

За результатами дослідження, як видно на рис. 3.2., 5% досліджуваних з високим рівнем стресу мають високий рівень тривожності. При високому рівні тривожності медичних працівників їм характерні виражені прояви емоційної нестабільності, що може призводити до частих коливань настрою, внутрішнього напруження та відчуття тривоги без очевидної причини. Це супроводжується підвищеним рівнем дратівливості та труднощами в адаптації до робочих умов, особливо в ситуаціях, що вимагають швидкої реакції та прийняття рішень.

Медичні працівники з високим рівнем тривожності можуть відчувати постійне занепокоєння щодо виконання професійних обов'язків, що часто пов'язане з недовірою до власних знань і навичок. Це може призводити до постійного контролю своїх дій, сумнівів у правильності рішень і, як наслідок, до зниження впевненості у своїх професійних здібностях. Також слід зазначити, що високий рівень тривожності може впливати на фізичний стан працівника. Часто спостерігаються соматичні прояви, такі як головний біль, порушення сну, загальне фізичне виснаження, що ще більше погіршує загальний стан і знижує продуктивність на роботі.

Середній рівень тривожності серед досліджуваних з різними рівнями стресу вказує на помітну різницю в реакціях на стресові ситуації. У 47% досліджуваних з середнім рівнем стресу спостерігається середній рівень тривожності, що можна пояснити частим, але не постійним впливом стресових факторів. Ці працівники мають певний рівень стресостійкості, але все ж стикаються з емоційними викликами, які підтримують тривожність на стабільно помірному рівні. У групі з високим рівнем стресу 35% демонструють середню тривожність. Хоча ці працівники піддаються значному стресовому навантаженню, рівень їхньої тривожності може залишатися на середньому рівні завдяки певним навичкам регулювання емоцій або особистісним якостям, які частково компенсують вплив стресу. Серед досліджуваних з низьким рівнем стресу лише 13% мають середній рівень тривожності. Це свідчить про те, що тривожність у цій групі менш поширена, оскільки низький рівень стресу сприяє

більшій емоційній стабільності. Ті, хто демонструє середню тривожність, можуть мати інші чинники, які впливають на їхній емоційний стан, але стрес є менш вагомим фактором у цьому випадку.

87% респондентів з низьким рівнем стресу, 60% опитаних з високим рівнем стресу та 53% опитаних з середнім рівнем стресу характеризує наявний низький рівень тривожності. У групі респондентів із низьким рівнем стресу спостерігається значно нижчий рівень тривожності, що може бути пов’язано з їхньою здатністю краще справлятися зі стресовими ситуаціями на робочому місці. Серед тих, хто переживає високий рівень стресу, низька тривожність може свідчити про тимчасові компенсаторні механізми або психічні стратегії, які дозволяють уникати тривоги, незважаючи на високий рівень стресу. Вони можуть діяти на межі емоційних ресурсів, що призводить до «загартованості» щодо тривожності або відчуження від негативних емоцій. У респондентів із середнім рівнем стресу наявність низької тривожності може бути свідченням того, що вони знаходяться в стані відносної рівноваги. Їхній стрес є контрольованим, а рівень тривожності – незначним.

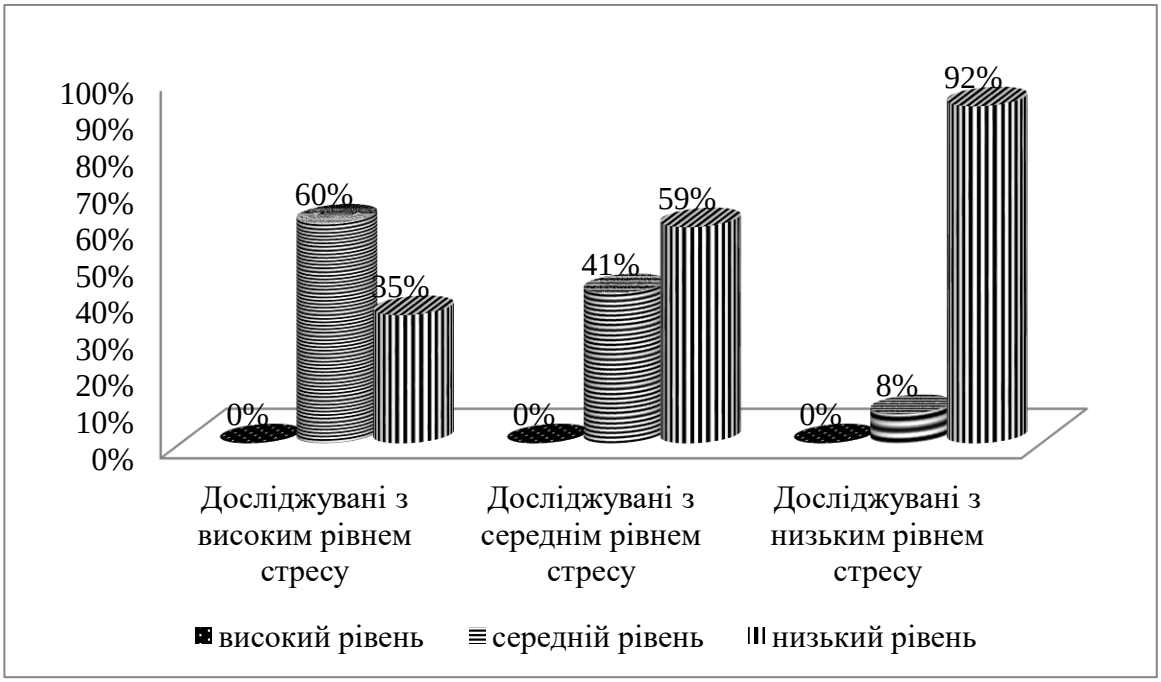


Рис. 3.3. **Розподіл досліджуваних з різним рівнем стресу за інтегральним показником «Фрустрація» за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка (у %)**

Як видно з даних на рис. 3.3., високий рівень фрустрації не виявив жоден із респондентів загальної вибірки. Високий рівень фрустрації спричиняє зміни в різних сферах функціонування (наприклад, емоційному чи поведінковому), тобто особи з наявним високим рівнем даного показника є надмірно дратівливими, вони часто переживають гнів, дратування й вороже ставлення до обставин та людей, які є, як вони вважають, основною причиною їхніх проблем.

Фрустрація характерна на середньому рівні для 60% медичних працівників з високим рівнем стресу, 41% медичних працівників з середнім рівнем стресу та 8% медичних працівників з низьким рівнем стресу. Середній рівень фрустрації серед медичних працівників з високим рівнем стресу вказує на поширеність емоційного виснаження та незадоволення в робочій обстановці. Для таких працівників стрес стає хронічним, що значно підвищує їхню вразливість до фрустрації. Фрустрація серед медичного персоналу із середнім рівнем стресу також є значною, хоча і менш поширеною. У таких випадках стрес має епізодичний характер і не завжди переростає в хронічну форму. Це може бути пов’язано із здатністю цих працівників краще адаптуватися до стресових ситуацій або наявністю більш ефективних стратегій подолання. Медичні працівники з низьким рівнем стресу рідко відчувають фрустрацію, що може бути результатом більш гармонійної робочої атмосфери або індивідуальних особливостей стресостійкості.

На низькому рівні фрустрації спостерігаються 92% досліджуваних з низьким рівнем стресу, 59% досліджуваних з середнім рівнем стресу та 35% досліджуваних з високим рівнем стресу. На низькому рівні фрустрації спостерігається значна частина досліджуваних, особливо серед тих, хто відчуває низький рівень стресу. Так, досліджувані із низьким рівнем стресу демонструють низький рівень фрустрації, що може вказувати на їх здатність успішно керувати стресовими ситуаціями та зберігати емоційну рівновагу. Серед досліджуваних із середнім рівнем стресу наявність низького рівня фрустрації свідчить про те, що частина цих працівників здатні зберігати емоційну стабільність, хоча вони можуть бути більш вразливими до впливу

стресових факторів порівняно з тими, хто відчуває низький рівень стресу. Лише незначна частка досліджуваних із високим рівнем стресу демонструють низький рівень фрустрації. Це вказує на те, що більшість із них стикаються зі значними труднощами в подоланні стресових ситуацій, що може призводити до зростання емоційного виснаження та фрустрації.

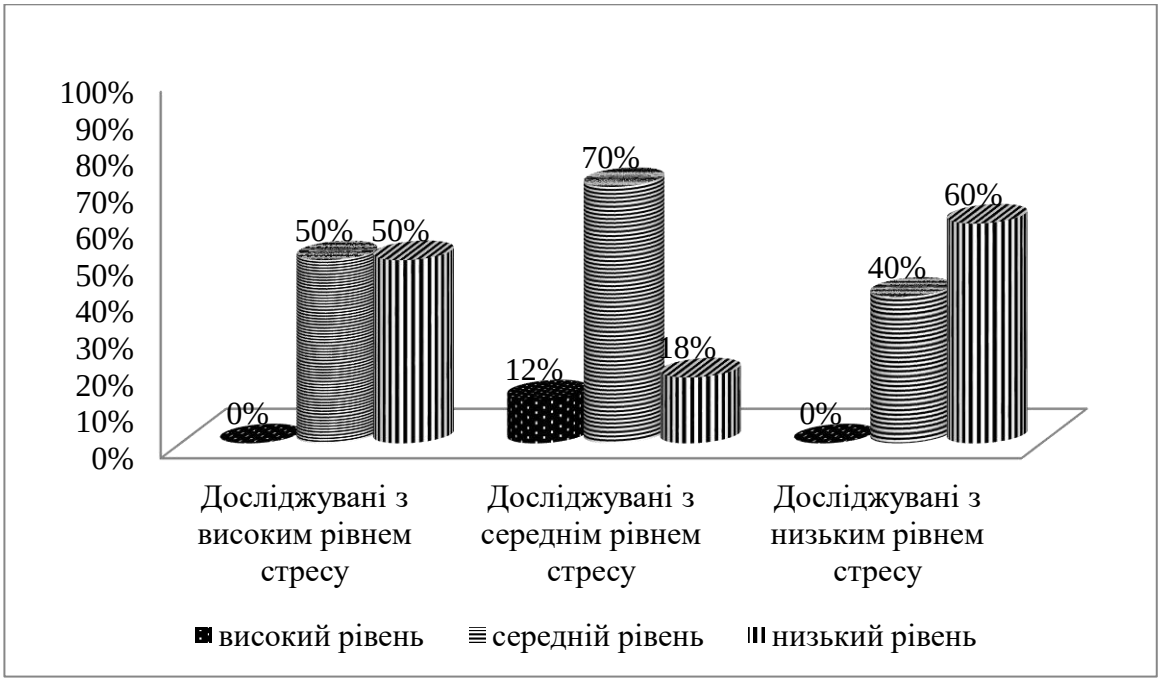


Рис. 3.4. **Розподіл досліджуваних з різним рівнем стресу за інтегральним показником «Агресивність» за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка (у %)**

12% середнього медичного персоналу тільки з середнім рівнем стресу мають високі показники за показником агресивності. Тенденція до високого рівня агресивності може проявлятися в різних формах, як вербальних, так і невербальних. Вербальна агресія може включати підвищений тон, грубість або сарказм у спілкуванні з пацієнтами чи колегами. Невербальні прояви агресії, такі як зневажливі жести, вирази обличчя або фізичне дистанціювання, також є поширеними. Ці форми вираження можуть свідчити про їхнє бажання захистити себе від негативного впливу стресових ситуацій, але водночас погіршувати комунікацію в команді та з пацієнтами.

У 70% середнього медичного персоналу з середнім рівнем стресу, 50% середнього медичного персоналу з високим рівнем стресу та 40% середнього

медичного персоналу з низьким рівнем стресу виявлений середній рівень агресивності. Наявність у середнього медичного персоналу з середнім рівнем стресу виявленого середнього рівня агресивності свідчить про те, що помірний рівень стресу часто супроводжується емоційними реакціями, такими як дратівливість і агресія. Середній рівень агресивності у середнього медичного персоналу з високим рівнем стресу вказує на те, що при інтенсивному стресі у частини працівників агресивність зростає, але не у всіх вона переходить у критичний рівень. Демонстрація середнім медичним персоналом з низьким рівнем стресу також середнього рівня агресивності вказує на те, що навіть за відсутності серйозних стресових чинників агресивні реакції можуть виникати у відповідь на інші фактори, такі як професійні конфлікти або особисті характеристики.

У 60% середнього медичного персоналу з низьким рівнем стресу, 50% середнього медичного персоналу з високим рівнем стресу та 18% середнього медичного персоналу з середнім рівнем стресу спостерігається низький рівень агресивності. Низький рівень агресивності у осіб з низьким рівнем стресу може свідчити про те, що відсутність значного стресу позитивно впливає на емоційний стан працівників, що, в свою чергу, може сприяти їхній здатності підтримувати доброзичливі стосунки з пацієнтами та колегами. Крім того, середній медичний персонал з високим рівнем стресу демонструє трохи нижчу статистику агресивності. Це може свідчити про те, що навіть у стресових умовах частина працівників здатна контролювати свої емоції, однак рівень агресії все ж залишається вище, ніж у тих, хто працює в умовах низького стресу. Оцінюючи середній рівень стресу, можна помітити, що дуже мало досліджуваних медичних працівників з цим рівнем демонструють низький рівень агресивності. Це може свідчити про те, що середні стресові навантаження можуть сприяти підвищенню емоційної напруги, яка проявляється у підвищеній агресії.

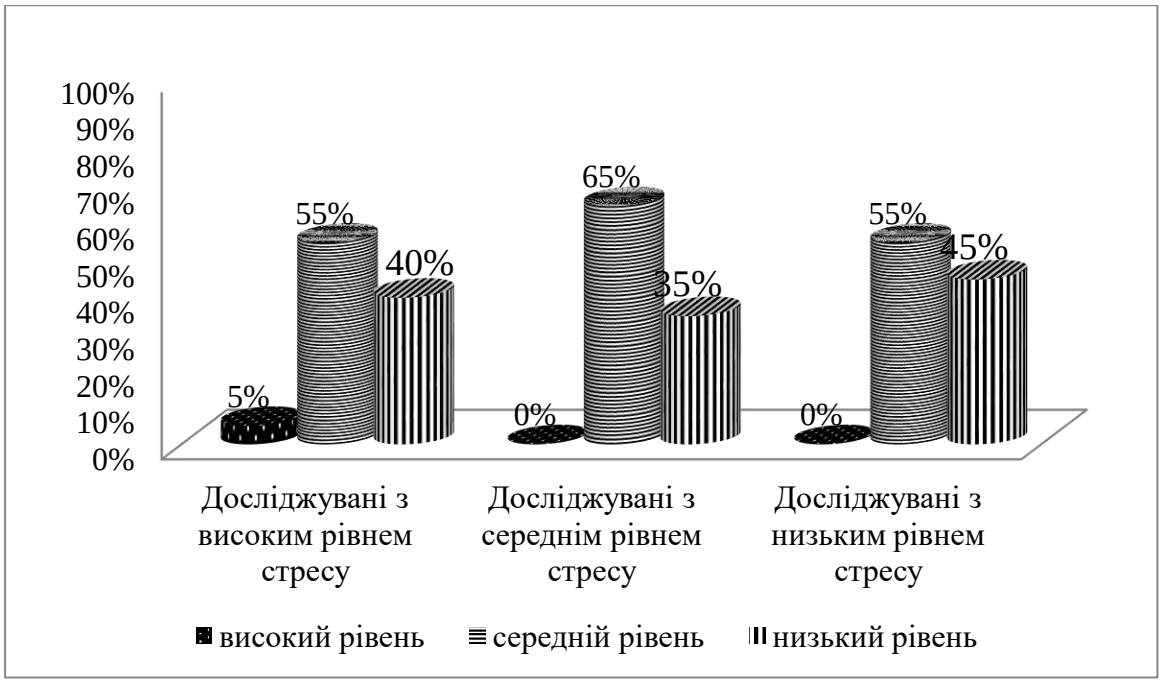


Рис. 3.5. **Розподіл досліджуваних з різним рівнем стресу за інтегральним показником «Ригідність» за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка (у %)**

Для 5% респондентів з високим рівнем стресу відповідно властивий високий рівень ригідності. Високий рівень прояву ригідності у середньому медичному персоналі виявляється у неготовності до співпраці з колегами, що може посилити напруження в колективі та погіршити якість надання медичних послуг.

Середній рівень ригідності спостерігається у 65% медичного персоналу з середнім рівнем стресу, що свідчить про їхню певну стійкість до змін у стресових умовах, однак з недостатньою гнучкістю у прийнятті нових підходів та рішень. Водночас 55% досліджуваних з високим і низьким рівнями стресу також демонструють подібний рівень ригідності. Це може вказувати на те, що навіть в умовах високого стресу, медичний персонал може не адаптуватися до вимог, що швидко змінюються, або навпаки, у стані низького стресу не проявляє ініціативи в розв’язанні проблем.

Аналіз вираження ригідності серед медичних працівників виявило важливі відмінності в її прояві залежно від рівня стресу. У медичних працівників з низьким рівнем стресу ригідність спостерігається на низькому

рівні у 45% випадків. Це свідчить про те, що працівники, які відчувають менше стресу, більш гнучкі у своїй поведінці та ставленні до робочих ситуацій. Вони легше адаптуються до змін і не зазнають труднощів у спілкуванні з пацієнтами та колегами, що позитивно впливає на їхню професійну діяльність. На противагу цьому, серед медичних працівників з високим рівнем стресу лише 40% демонструють низький рівень ригідності. Це може свідчити про те, що підвищений стрес впливає на їхню здатність до адаптації, ускладнюючи гнучкість у прийнятті рішень та взаємодії. Нарешті, у медичних працівників з середнім рівнем стресу лише 35% мають низький рівень ригідності. Цей результат вказує на те, що даний контингент може перебувати в стані підвищеної емоційної напруги, що негативно впливає на їхню гнучкість у поведінці.

З метою встановлення відмінностей у вираженості показників психічних станів серед людей з різним рівнем стресу нами було використано Н-критерій Крускала-Волліса. Встановлено статистично значущі відмінності у показниках психічних станів серед осіб з різним рівнем стресу (див. табл. 3.4):

1) тривожність: $H = 6,93$; $p \leq 0,05$;

2) фрустрація: $H = 46,62$; $p \leq 0,01$;

3) агресивність: $H = 7,64$; $p \leq 0,05$.

Тільки показник «Ригідність» не продемонстрував значущих відмінностей у трьох групах досліджуваних.

Таблиця 3.1.

Середні ранги показників психічних станів для груп досліджуваних з різними рівнями стресу та статистика Н-критерію Крускала-Волліса

Рівні стресу	Високий	Середній	Низький	Н-критерій Крускала-Волліса
Кількість	N = 20	N = 17	N = 38	
	Середні ранги			
Тривожність	48,48	44,67	33,45	6,93*
Фрустрація	46,47	44,27	44,22	46,62**

Агресивність	38,38	49,94	32,46	7,64*
Ригідність	48,4	49,29	37,53	4,47

**– статистично значущі значення на рівні p≤0,01

*– статистично значущі значення на рівні p≤0,05

Таким чином, можна стверджувати, що між групами є значущі відмінності в таких показниках психічних станів, як тривожність, фрустрація та агресивінсть, засвідчуючи, що рівень стресу впливає на дані психічні стани у досліджуваних.

Для виявлення вираженості рівнів невротизації особистості у вибірці працівників середнього медичного персоналу було застосовано методику «Діагностика рівня невротизації» Л. Вассермана (див. розділ ІІ). Дана методика є важливим інструментом для дослідження психоемоційного стану середнього медичного персоналу, оскільки вона дозволяє вимірювати рівень невротизації, що може впливати на реакцію працівників на стресові ситуації. Використання цієї методики дозволяє виявити кореляції між рівнем невротизації та стресу, аналізувати індивідуальні особливості респондентів та визначити тих, хто потребує додаткової психологічної підтримки. Отримані результати було зведено у запропоновану нижче таблицю (див. табл. 3.2.), яка дала змогу візуально їх побачити.

Таблиця 3.2.

Розподіл досліджуваних з різним рівнем стресу за інтегральним показником невротизації за методикою «Визначення рівня невротизації» Л. Вассермана (у %)

Група досліджуваних / Рівень невротизації	Досліджувані з високим рівнем стресу		Досліджувані з середнім рівнем стресу		Досліджувані з низьким рівнем стресу	
	N	%	N	%	N	%

Високий рівень	13	65	3	18	*	*
Середній рівень	7	35	14	82	16	42
Низький рівень	*	*	*	*	22	58

* – даний рівень не виражений у жодного респондента вибірки

Високий рівень загальної невротизації середнього медичного персоналу, як демонструють дані таблиці 3.2., є тривожним показником, який вказує на значний вплив стресових факторів на психоемоційний стан працівників. Серед медичних працівників з високим рівнем стресу 65% виявили високий рівень невротизації, що свідчить про наявність серйозних психологічних труднощів, пов’язаних із професійною діяльністю. Це може бути зумовлено підвищеними вимогами до роботи, великою відповідальністю за життя пацієнтів, а також недостатнім ресурсом для підтримки психічного здоров’я. На контрасті, лише 18% медичних працівників зі середнім рівнем стресу виявили подібні проблеми, що свідчить про те, що хоча стрес все ще має вплив на їх психоемоційний стан, він є менш руйнівним. Це може бути пов’язано з кращими механізмами адаптації та підтримки, які допомагають таким працівникам зменшити негативний вплив стресових ситуацій. Залежність між рівнем стресу і невротизацією підкреслює важливість управління стресом у медичному середовищі, оскільки контроль стресу може знижувати ризик розвитку невротичних розладів серед медичних працівників. Загалом, жоден із респондентів з низьким рівнем стресу не виявив високого рівня невротизації, що підкреслює важливість належного балансу між професійними вимогами та особистісними ресурсами. Це свідчить про те, що зниження рівня стресу може істотно покращити психічне здоров’я медичних працівників.

Для 82% досліджуваних з середнім рівнем стресу, 42% досліджуваних з низьким рівнем стресу та 35% досліджуваних з високим рівнем стресу властивий середній рівень загальної невротизації, тобто помірний рівень. Високий відсоток досліджуваних із середнім рівнем стресу свідчить про те, що більшість медичних працівників, які стикаються з емоційно напруженими ситуаціями, все ж зберігають певну емоційну стабільність. Це може бути

зумовлено специфікою професії, де необхідність швидкого реагування на стресові ситуації та наявність підтримки колег сприяють розвитку адаптивних стратегій копінгу. Наявність осіб з низьким рівнем стресу свідчить про успішне управління емоційним навантаженням, що, у свою чергу, може бути пов’язано з відповідним професійним навчанням та стратегіями саморегуляції, які допомагають зберігати психологічне благополуччя. Ці працівники, ймовірно, мають більше ресурсів для подолання стресу, що може бути наслідком як особистісних якостей, так і підтримуючого середовища в медичній установі. У той же час, особи з високим рівнем стресу, що демонструють помірний рівень невротизації, вказують на те, що навіть при високому емоційному навантаженні ці працівники здатні зберігати контроль над своїми емоціями та реакціями. Це може бути свідченням високого рівня професійної підготовки та стійкості, хоча варто зауважити, що тривалий високий рівень стресу може негативно впливати на загальний стан здоров’я, тому важливо вжити заходів для підтримки таких працівників.

Вираженість низького рівня загальної невротизації в групі досліджуваних з низьким рівнем стресу (58%) свідчить про те, що емоційний стан та психологічне благополуччя середнього медичного персоналу прямо пов’язані з умовами їхньої праці. Низький рівень стресу вказує на те, що дані особи можуть працювати в більш сприятливому середовищі, що, в свою чергу, позитивно впливає на їхню психологічну стійкість. Висока стабільність у роботі та відсутність перевантаження можуть зменшити ризик розвитку невротичних проявів. Крім того, важливо враховувати, що середній медичний персонал часто стикається з емоційно напруженими ситуаціями, тому низький рівень стресу може свідчити про ефективні механізми підтримки та управління стресом у цій групі. Це може включати в себе належну організацію робочих процесів, доступ до психологічної підтримки, а також підтримуючу командну атмосферу, що сприяє зменшенню стресових факторів.

Аналіз рівня невротизації серед середнього медичного персоналу в контексті стресових факторів виявляє суттєві спільні результати та відмінності

між групами з високим, середнім і низьким рівнями стресу. Серед працівників з високим рівнем стресу спостерігається найбільша вираженість невротизації, що свідчить про серйозні психологічні труднощі. Це може бути пов'язано з підвищеними вимогами до роботи та браком ресурсів для підтримки психічного здоров'я. На противагу, лише незначна частка працівників зі середнім рівнем стресу демонструють високий рівень невротизації, що свідчить про їхню кращу адаптацію до стресових ситуацій. Група з низьким рівнем стресу виглядає найбільш стабільною з точки зору невротизації, оскільки жоден з респондентів не виявив високого рівня невротизації. Це свідчить про те, що оптимальні умови праці та емоційна підтримка позитивно впливають на їх психологічний стан.

Таким чином, аналіз різних рівнів невротизації залежно від стресу підкреслює важливість належного управління стресом у медичному середовищі. Для підтримки психічного здоров'я медичних працівників слід розробити і впровадити стратегії, які допоможуть зменшити стресові фактори, зберігаючи при цьому баланс між професійними вимогами і особистісними ресурсами.

З метою встановлення відмінностей у вираженості невротизації серед людей з різним рівнем стресу нами було використано Н-критерій Крускала-Волліса (табл. 3.3).

Таблиця 3.3.

Середні ранги показників невротизації для груп досліджуваних з різними рівнями стресу та статистика Н-критерію Крускала-Волліса

Рівні стресу	Високий	Середній	Низький	Н-критерій Крускала-Волліса
Кількість	N = 20	N = 17	N = 38	
Рівень невротизації	Середні ранги			
	60,15	46	18,84	50,28**

**– статистично значущі значення на рівні p≤0,01

Встановлено статистично значущі відмінності у показниках невротизації серед осіб з різним рівнем стресу (H = 50,28; p≤0,01). Таким чином, можна стверджувати, що між групами є значущі відмінності в показниках невротизації, виявляючи різний вплив стресу на рівень невротизації у досліджуваних групах.

Наступною методикою в межах емпіричного вивчення особливостей психоемоційного стану середнього медичного персоналу ми використали методику «Опитувальник нервово-психічної напруги» Т. Немчіна (див. розділ ІІ). Використання методики дозволяє комплексно оцінити рівень нервово-психічної напруги у кожній з груп. Методика охоплює важливі аспекти, такі як тривожність і емоційне вигорання, що є критичними для медичних працівників, які постійно стикаються зі стресовими ситуаціями. Її валідність і надійність забезпечують достовірність отриманих результатів, що дозволяє розробити рекомендації для покращення психоемоційного стану медичного персоналу та підвищення ефективності їхньої роботи.

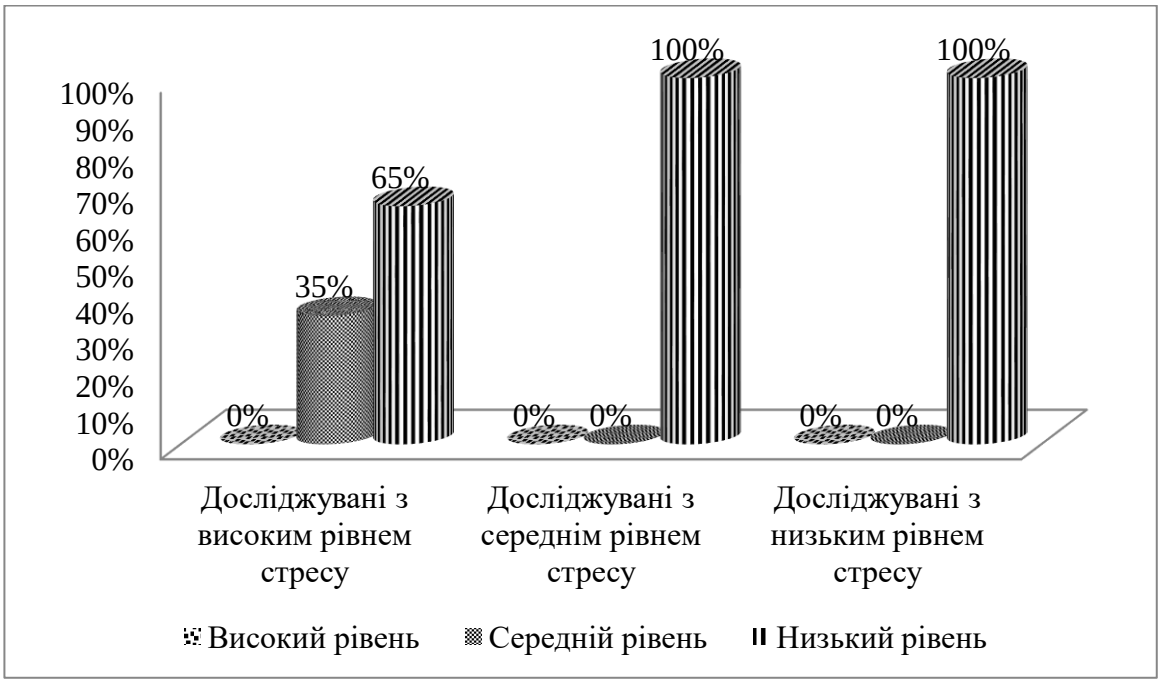


Рис. 3.6. **Розподіл досліджуваних з різним рівнем стресу за інтегральним показником нервово-психічної напруги за методикою «Опитувальник нервово-психічної напруги» Т. Немчіна (у %)**

Згідно з отриманими результатами на рисунку 3.6., з трьох рівнів розвитку нервово-психічної напруги високим рівнем не володіє жоден із респондентів груп дослідження. Це свідчить про те, що респонденти здебільшого не перебувають у стані надмірного стресу або емоційного виснаження, що є позитивним знаком для їхнього професійного здоров'я та загальної ефективності роботи. Відсутність високого рівня нервово-психічної напруги може бути результатом декількох факторів. По-перше, це може свідчити про адекватні умови праці, включаючи підтримуюче середовище та належне управління робочими навантаженнями. По-друге, професійна підготовка та наявність ресурсів для подолання стресових ситуацій можуть допомагати медичним працівникам зберігати емоційний баланс у роботі. Однак важливо також зазначити, що відсутність високого рівня нервово-психічної напруги не означає повної відсутності стресу. Це може вказувати на адаптацію респондентів до робочих умов, але не виключає необхідності подальшого моніторингу та вжиття заходів для підтримки їхнього психічного благополуччя. З часом, зміни в умовах праці або нові виклики можуть вплинути на рівень стресу, тому важливо забезпечити регулярну оцінку психоемоційного стану медичного персоналу.

35% респондентів групи тільки з високим рівнем стресу властивий середній (нормальний) рівень розвитку нервово-психічної напруги. Середній медичний персонал, який зазнає впливу високого рівня стресу, демонструє специфічні особливості у вираженні нервово-психічної напруги. Їхній стресовий стан не призводить до значних змін у рівні нервово-психічної напруги, що свідчить про здатність адаптуватися до умов високого стресу. Це може бути наслідком певних професійних навичок, навченості та досвіду, які дозволяють медичному персоналу підтримувати свою психоемоційну стабільність, навіть у складних ситуаціях. Цей феномен може бути також пов'язаний із специфікою роботи середнього медичного персоналу, який часто взаємодіє з пацієнтами, вирішує практичні завдання та має справу з емоційно навантаженими ситуаціями. Такі умови вимагають не лише професіоналізму,

але й психологічної стійкості. Важливим аспектом є також соціальна підтримка у професійному середовищі. Коли медичний персонал має можливість отримати підтримку від колег, обговорити свої переживання та знайти емоційне розвантаження, це може суттєво знизити рівень стресу та напруги. Таким чином, співвідношення між стресом та нервово-психічною напругою у середнього медичного персоналу може бути досить складним, залежно від індивідуальних рис, професійного досвіду та соціальних умов. Останнім часом визнано, що середній медичний персонал потребує регулярного навчання та тренінгів для розвитку навичок управління стресом і підтримки психологічного благополуччя. Це не лише підвищує якість медичних послуг, але й зменшує ризик професійного вигорання, що в свою чергу може покращити загальний рівень нервово-психічної напруги. Результати дослідження свідчать про важливість врахування цих факторів у стратегіях підтримки та розвитку медичного персоналу.

По 100% медичних працівників з середнім й низьким рівнями стресу відповідно та 65% медичних працівників з високим рівнем стресу виявили низький рівень нервово-психічної напруги. Для такої категорії респондентів характерне використання ефективних механізмів адаптації та управління стресом. Вони можуть використовувати різноманітні стратегії для зниження стресу, такі як професійна підтримка, колективна співпраця або навіть особисті методи релаксації, що дозволяє їм зберігати емоційний баланс. Водночас, медичні працівники з високим рівнем стресу виявили низький рівень нервово-психічної напруги. Це може свідчити про наявність певних ресурсів або стратегій, які допомагають їм справлятися з викликами, з якими вони стикаються в своїй роботі. Можливо, ці респонденти здатні ефективно відокремлювати робочі труднощі від особистого життя, що дозволяє їм зберігати відносну спокійність незважаючи на стресову обстановку.

На основі представлених результатів дослідження можна зробити наступні висновки. Всі групи респондентів (з високим, середнім і низьким рівнями стресу) виявили, що жоден із них не має високого рівня нервово-

психічної напруги. Це свідчить про загально позитивний стан психічного здоров'я медичного персоналу та їх здатність управляти стресом. Висока частка медичних працівників із високим, середнім і низьким рівнями стресу виявили низький рівень нервово-психічної напруги. Це підкреслює ефективність адаптаційних механізмів, які використовують ці респонденти для управління стресовими ситуаціями. Респонденти з середнім рівнем стресу демонструють особливу здатність адаптуватися до стресових умов без значних змін у нервово-психічній напрузі. Це може бути пов'язано з їхніми професійними навичками та досвідом, які допомагають підтримувати емоційний баланс. Незважаючи на високий рівень стресу, респонденти цієї категорії показують також низький рівень нервово-психічної напруги, що може свідчити про їх здатність відокремлювати робочі виклики від особистого життя та використовувати ефективні стратегії стрес-менеджменту.

З метою встановлення відмінностей у вираженості нервово-психічної напруги серед людей з різним рівнем стресу нами було використано Н-критерій Крускала-Волліса (табл. 3.4).

Таблиця 3.4.

Середні ранги показників нервово-психічної напруги для груп досліджуваних з різними рівнями стресу та статистика Н-критерію Крускала-Волліса

Рівні стресу	Високий	Середній	Низький	Н-критерій Крускала-Волліса
Кількість	N = 20	N = 17	N = 38	
Рівень нервово-психічної напруги	Середні ранги			
	60,45	37,94	26,21	32,48*

*– статистично значущі значення на рівні $p \leq 0,05$

Встановлено статистично значущі відмінності у показниках нервово-психічної напруги серед осіб з різним рівнем стресу ($H = 32,48$; $p \leq 0,05$). Таким чином, можна стверджувати, що між групами є значущі відмінності в

показниках нервово-психічної напруги, засвідчуючи, що рівень стресу впливає на нервово-психічну напругу у досліджуваних.

Узагальнюючи кількісні результати здійсненого емпіричного дослідження, можна констатувати:

1. Дослідження рівня стресу середнього медичного персоналу виявило різноманітність у вираженості стресових реакцій. Більшість медичних працівників демонструють низький рівень стресу, що свідчить про їх здатність ефективно управляти емоційним станом і підтримувати психологічну стійкість. Однак, значна частина респондентів стикається з високим рівнем стресу, що викликане перевантаженням, нестачею ресурсів і відсутністю підтримки. Середній рівень стресу виявлено у третини опитаних, що свідчить про регулярний вплив стресогенних чинників.

2. Результати показників психічних станів середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу продемонстрували, що медичні працівники з високим рівнем стресу часто стикаються з високою тривожністю, що супроводжується емоційною нестабільністю та труднощами в адаптації до робочих умов. Серед досліджуваних з середнім рівнем стресу спостерігається певна стресостійкість, проте емоційні виклики все ще залишаються актуальними. У групі з низьким рівнем стресу тривожність менш поширена, що вказує на вищу емоційну стабільність. Щодо фрустрації, високий рівень виявлено у медичних працівників з високим та середнім рівнем стресу, що свідчить про емоційне виснаження. Працівники з низьким рівнем стресу рідше відчувають фрустрацію, що може бути результатом кращого керування стресовими ситуаціями. Агресивність варіюється в залежності від рівня стресу, з середнім рівнем агресії більшість медичних працівників з середнім та високим рівнем стресу, тоді як низький рівень стресу позитивно впливає на емоційний стан і стосунки в колективі. Ригідність також проявляється у різний спосіб: медичні працівники з низьким рівнем стресу демонструють вищу гнучкість, тоді як ті, хто зазнає високого стресу, мають труднощі в адаптації та співпраці.

3. Дослідження рівня невротизації середнього медичного персоналу виявило тривожні результати, особливо серед працівників з високим рівнем стресу, де спостерігалася висока невротизація. Це вказує на серйозні психологічні труднощі, зумовлені високими вимогами до роботи та недостатніми ресурсами для підтримки психічного здоров'я. Водночас, працівники з середнім і низьким рівнем стресу демонструють значно кращу адаптацію до стресових ситуацій, що свідчить про більш ефективні механізми управління стресом та емоційною стабільністю. Група з низьким рівнем стресу характеризується високою стабільністю невротизації, що підкреслює важливість сприятливих умов праці та підтримуючого середовища для психологічного благополуччя.

4. На основі отриманих результатів дослідження за методикою «Визначення рівня нервово-психічної напруги» Т. Немчіна можна зробити висновок, що жоден із респондентів не має високого рівня нервово-психічної напруги, що свідчить про позитивний стан психічного здоров'я медичного персоналу та їх здатність ефективно управляти стресом. Значна частка респондентів, незалежно від рівня стресу, демонструє низький рівень нервово-психічної напруги, що підкреслює ефективність адаптаційних механізмів у стресових ситуаціях. Медичні працівники, які зазнають впливу високого стресу, здатні підтримувати емоційний баланс, використовуючи професійні навички та соціальну підтримку.

3.2. Структура кореляційних зв'язків особливостей психоемоційного стану та рівня стресу середнього медичного персоналу

З метою статистичної перевірки отриманих даних нами було використано програму Statistica. За допомогою методу кореляції Пірсона було виявлено 10 значимих кореляційних зв'язків із 18 представлених. Результати було розподілено за групами залежно від виявлених у респондентів рівнів стресу.

Загалом у кожній із досліджуваних груп було виявлено різні зв'язки між психічними станами та рівнем стресу. Найбільш значимі зв'язки були відображені у кореляційних плеядах на рисунках 3.7., 3.8. і 3.9.

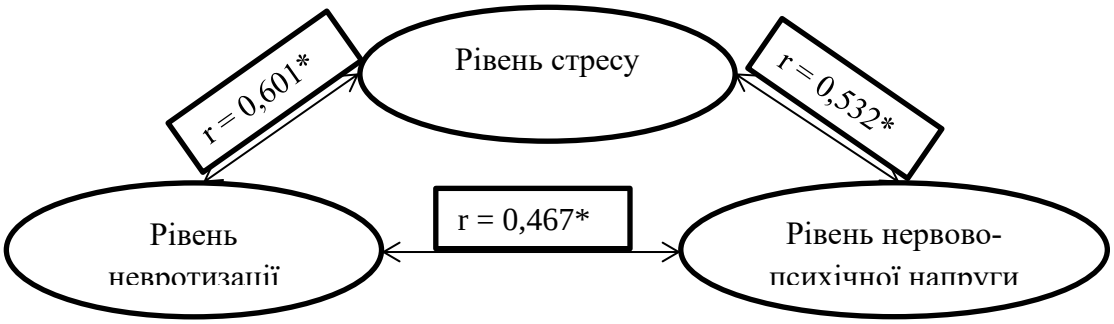


Рис. 3.7. **Кореляційна плеяда статистично істотних зв'язків середнього медичного персоналу з високим рівнем стресу**

На рис. 3.7. видно, що на основі наданих статистичних даних можна виявити зв'язок між рівнем стресу та невротизацією середнього медичного персоналу з високим рівнем стресу. Кореляція з коефіцієнтом r = 0,601 на рівні $p \leq 0,05$ свідчить про те, що зростання рівня стресу супроводжується підвищенням невротичних проявів. Це може бути наслідком емоційної напруги, з якою стикаються медичні працівники, що вимагає від них високої психоемоційної стійкості. Також виявлено помірний, але статистично значущий зв'язок між рівнем стресу та нервово-психічною напругою (r = 0,532, $p \leq 0,05$). Це вказує на те, що підвищений рівень стресу сприяє зростанню нервово-психічної напруги, що може проявлятися в дратівливості, втомі та емоційній нестабільності.

З кореляційної плеяди досліджуваних з високим рівнем стресу також можна виокремити взаємозв'язок між рівнем невротизації та рівнем нервово-психічної напруги на рівні r = 0,467, $p \leq 0,05$. Це свідчить про те, що зростання невротизації призводить до збільшення нервово-психічної напруги. Цей зв'язок може свідчити про те, що медичні працівники, які демонструють високий рівень невротизації, частіше піддаються емоційним та психологічним стресорам. Це може зумовлювати їхню підвищену чутливість до стресових

ситуацій, що, у свою чергу, негативно впливає на їхнє загальне психоемоційне здоров'я.

Нами з'ясовано, що в осіб з середнім рівнем стресу при встановленні статистично значущих зовнішніх кореляційних зв'язків існує залежність між параметрами, наведеними на рис. 3.8.

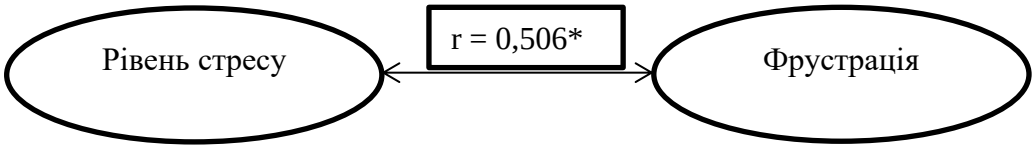


Рис. 3.8. **Кореляційна плеяда статистично істотних зв'язків середнього медичного персоналу з середнім рівнем стресу**

Позитивна кореляція виявлена між рівнем стресу та показником «Фрустрація» (r = 0,506, p≤0,05). Даний взаємозв'язок вказує на те, що зростання рівня стресу у середнього медичного персоналу супроводжується підвищенням відчуття фрустрації. Це може бути наслідком високих вимог до професії, постійного емоційного напруження та відчуття безвиході, що призводить до негативних емоційних реакцій.

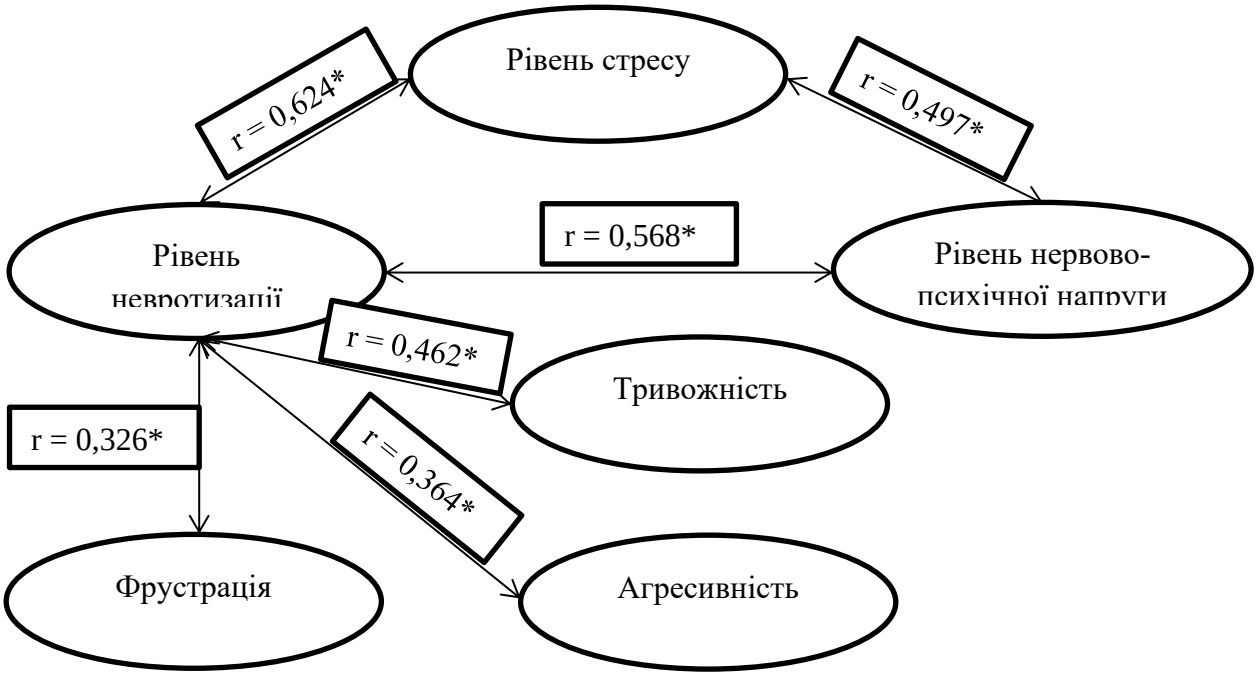


Рис. 3.9. **Кореляційна плеяда статистично істотних зв'язків середнього медичного персоналу з низьким рівнем стресу**

За результатами кореляційного аналізу діагностичних показників у групі досліджуваних з низьким рівнем стресу ми можемо простежити кілька зовнішньометодичних кореляційних зв'язків, що демонструє кореляційна плеяда на рис. 3.9.

Схожий з попередньою підгрупою позитивний кореляційний зв'язок між рівнем стресу та рівнями невротизації з коефіцієнтом кореляції r = 0,624 при p≤0,05 свідчить про те, що зростання рівня стресу у середнього медичного персоналу тісно пов'язане з їхньою схильністю до невротизму. Крім того, виявлений зв'язок між рівнем стресу та нервово-психічною напругою з коефіцієнтом кореляції r = 0,497 при p≤0,05 демонструє, що стрес у медичному середовищі може призводити до зростання нервово-психічного напруження серед працівників.

Кореляційна плеяда вказує на значний взаємозв'язок між рівнем невротизації та рівнем нервово-психічної напруги серед середнього медичного персоналу з низьким рівнем стресу. Відповідно до отриманого коефіцієнта кореляції (r = 0,568, p≤0,05), можна стверджувати, що зниження рівня невротизації асоціюється з меншою нервово-психічною напругою.

Крім цього, рівень невротизації позитивно корелює з такими показниками як «Тривожність» (r = 0,462, p≤0,05), «Фрустрація» (r = 0,326, p≤0,05) та «Агресивність» (r = 0,364, p≤0,05). Низький рівень стресу середнього медичного персоналу відзначається позитивним впливом на їх психоемоційний стан, що, в свою чергу, знижує рівень тривожності, що проявляється у більшій впевненості в професійній діяльності та зменшенні страху перед невизначеністю. Фрустрація у медичних працівників із низьким рівнем стресу також має тенденцію до зниження, оскільки відсутність емоційного напруження дозволяє їм більш адекватно реагувати на виклики, що виникають у роботі. Агресивність серед співробітників із низьким рівнем стресу також знижується, оскільки вони мають більше ресурсів для саморегуляції.

Аналіз даних дозволив нам зробити такі висновки:

У групі з високим рівнем стресу спостерігається значний позитивний зв’язок між стресом і невротизацією, що свідчить про те, що збільшення стресу веде до зростання невротичних проявів. Також виявлено зв’язок між рівнем стресу та нервово-психічною напругою, що свідчить про негативні наслідки підвищеного стресу на емоційний стан медичних працівників.

У групі з середнім рівнем стресу виявлено позитивну кореляцію між стресом і відчуттям фрустрації, що може бути наслідком високих вимог до професії та постійного емоційного напруження.

Для осіб з низьким рівнем стресу також виявлено позитивний зв’язок між стресом, невротизацією та нервово-психічною напругою. Зниження рівня стресу асоціюється зі зменшенням невротизації і нервово-психічної напруги, що підкреслює важливість психоемоційного благополуччя в професійній діяльності. Це, в свою чергу, сприяє зниженню тривожності, фрустрації та агресивності серед медичних працівників, що позитивно впливає на їх професійну діяльність та загальний психоемоційний стан.

Наявність отриманих результатів зумовлює здійснювати пошук психокорекційного впливу у роботі медичними працівниками за рахунок розроблених практичних рекомендацій щодо профілактики та усунення наслідків емоційного вигорання під час здійснення професійної діяльності.

3.3. Практичні рекомендації з профілактики та усунення наслідків емоційного вигорання медичних працівників під час здійснення професійної діяльності

Для ефективної профілактики емоційного вигорання медичного персоналу для А. Маняк важливо:

- провести ранню діагностику змін у рівні емоційного вигорання;
- обрати стратегії для подолання цього стану;

● створити комплекс заходів для профілактики емоційного вигорання серед медичних працівників [23].

Як стверджують В. Москалюк та Р. Попелюшко, профілактика професійного вигорання полягає у впровадженні заходів, спрямованих на зменшення ризику виникнення його передумов. Важливим є вивчення методів контролю свідомості та розвиток навичок переходу від однієї діяльності до іншої. Це не лише зміцнює волю, але й запобігає зацикленню на усталених стереотипах і шаблонах. Необхідно діяти відповідно до ситуації в реальному часі, адаптуючи свої дії до конкретних умов, які виникають [26].

О. Будівська [3] рекомендує вести роботу з синдромом професійного вигорання у медичних працівників за допомогою профілактичних тренінгів, зокрема, сеансів групової корекційної та психотерапевтичної роботи. Крім цього, застосовується широкий перелік додаткових способів як методів профілактики емоційного вигорання – відвідування лекцій про методи подолання стресу, масаж, розслаблюючі ванни, заняття фітнесом та скандинавську ходьбу тощо. Однак, головну роль в боротьбі з цим синдромом, дослідниця віддає саме розвитку стресостійкості у медичних працівників як одного із чинників профілактики професійного вигорання, а також впливу на причини професійного вигорання медпрацівників.

У розвитку стресостійкості та попередженні професійного вигорання важливим є підтримання фізичного та психологічного здоров’я. Перш ніж, запропонувати корекційний комплекс вправ для медичних працівників по підвищенню стресостійкості є доцільним розглянути конкретні кроки, які може робити кожна людина для підтримання свого психологічного та фізіологічного здоров’я. Перше чому необхідно приділити увагу – підтриманню фізичного стану. В організмі людини все пов’язано, а значить на рівень стресу впливає і те, як людина себе почуває фізично. Проведення ранкової зарядки допоможе отримати заряд енергії на весь день та підтримувати свій фізичний стан.

По-друге, необхідно відмовитись від шкідливих звичок, або скоротити споживання алкоголю, нікотину, кофеїну до мінімуму. Стимулятори зношують

нервову систему і знижують опірність стресорам. Вони не допомагають уникнути стресу, а тільки роблять ситуацію гірше.

По-третє, необхідно слідкувати за харчуванням. Здорова збалансована дієта з великою кількістю фруктів і овочів допомагає підтримувати імунну систему під час стресу. Неправильне харчування – саме по собі стрес для організму.

По-четверте, необхідно встановити власні кордони та виділяти час на себе (займатись улюбленою справою, відпочивати, проводити час в задоволення). Необхідно визначити межі роботи і життя. Процес відновлення вимагає «відключення» від роботи, наявність періодів часу, коли ви не займаєтеся діяльністю, пов'язаною з роботою, і не думаєте про роботу [3].

Для медичного персоналу А. Маняк та Ю. Подкопаєвою [23] були створені спеціальні рекомендації для запобігання та подолання емоційного вигорання.

Прагнення бути досконалим у всьому, так званий синдром «відмінника», може призводити до невдоволення своєю працею. З цієї причини варто зменшити вимоги до другорядних обов'язків, одночасно вдосконалюючи професійні навички та підвищуючи самооцінку.

Ключовим фактором є емоційна залученість у роботу, наявність сенсу в обраній професії та дотримання етичних стандартів. Важливо також розвиватися на особистісному рівні. Хоча людина не завжди може змінити навколишнє середовище, вона здатна впорядкувати свій внутрішній світ і налагодити гармонію в своєму житті, зокрема в сім'ї та на робочому місці.

Психологічна саморегуляція є важливою складовою успішної діяльності особистості, оскільки вона відіграє ключову роль у підтриманні біологічного гомеостазу. Від рівня розвитку цієї здатності залежить результативність, ефективність і надійність будь-якої цілеспрямованої дії.

На фізіологічному рівні для профілактики вигорання необхідно забезпечити собі повноцінний відпочинок, включаючи достатній і якісний сон. Раціональне харчування, багате на вітаміни та мікроелементи, також має велике

значення. Не слід забувати про помірну фізичну активність, яка включає ранкову зарядку, прогулянки, танці та інші форми руху на свіжому повітрі.

Щоб зменшити схильність до зниження власної оцінки професійних досягнень, важливо брати участь в обміні професійною інформацією та підвищувати кваліфікацію. Це сприятиме зростанню впевненості у власних знаннях і вміннях.

Серед важливих факторів, які допомагають боротися з синдромом емоційного вигорання у медичних працівників, слід також виокремити зменшення робочого навантаження, посилення професійної мотивації та отримання справедливої винагороди за докладені зусилля [23].

Для запобігання професійному вигоранню, О. Матвієнко та О. Мірошниченко [24; 25] найбільше приділяють увагу впорядкуванню власного внутрішнього світу:

1) першочерговою умовою є точне формулювання професійних цілей у трудовій діяльності;

2) перед початком робочого дня слід чітко визначити, яких результатів необхідно досягти до його завершення;

3) важливо реально оцінити свої ресурси та створити відповідні умови для досягнення визначених цілей. Конкретне формулювання думок і дій допоможе не лише уникнути втоми та стресу, але й забезпечить послідовне виконання завдань;

4) основним чинником є якість і регулярність відпочинку, а не його тривалість.

Науковці В. Москалюк та Р. Попелюшко [26] розглядають кілька порад, що допоможуть впоратися з вигоранням, зокрема, що варто і не варто робити:

- Не ховайте свої почуття. Важливо висловлювати емоції та дати можливість друзям обговорити їх разом із вами.

- Не уникайте розмов про пережите. Використовуйте будь-яку нагоду, щоб проаналізувати свій досвід на самоті або в компанії інших.

- Не дайте сором’язливості заважати Вам, коли хтось пропонує Вам висловитися або запропонувати підтримку.

- Не сподівайтеся, що складні стани, пов’язані з вигоранням, зникнуть самі собою. Якщо не вжити заходів, вони можуть затриматися надовго.

- Приділяйте достатньо уваги сну, відпочинку та самороздумам.

- Висловлюйте свої побажання чітко, відверто та щиро; обговорюйте їх із близькими, друзями та колегами.

- Намагайтеся підтримувати стабільний розпорядок дня.

О. Мірошниченко підкреслює, що А. Ленглі стверджує, що лікування та профілактика синдрому вигорання зазвичай стартують із врахуванням ситуаційного навантаження. У першу чергу, важливо реалізувати ініціативи, спрямовані на корекцію поведінки, що включають делегування завдань, розподіл відповідальності та встановлення досяжних цілей. Австрійський психотерапевт пропонує ряд запитань, які стосуються профілактики синдрому професійного вигорання. Він підкреслює, що запобігання вигоряннюпочинається з саморефлексії, ставлячи такі питання: «Яка мета моїх дій? Яку вигоду я отримую? Чи є щось, про що я не готовий визнавати навіть перед собою? Чи справді мені подобається моя діяльність? Чи цікавить мене лише результат, чи й процес також? Що я черпаю з цього процесу? Чи відчуваю я бажання бути частиною цього? Чи може це захопити мене? Чи хочу я присвятити цьому своє життя – чи це дійсно те, заради чого варто жити?» [25]

Значну відповідальність за подолання синдрому емоційного вигоряння несе, перш за все, сама особа.

Для запобігання, зменшення або усунення професійного вигорання В. Шелков [43] пропонує вжити узагальнених профілактичних заходів:

1. Установлення як короткострокових, так і довгострокових цілей.

Це не лише надає корисний зворотний зв’язок, підтверджуючи, що особа рухається в правильному напрямку, але й підвищує мотивацію на тривалий період. Для підтримки психічного та фізичного здоров’я важливо включати «тайм-аути» – перерви для відпочинку від роботи та інших зобов’язань. Іноді

корисно на деякий час відірватися від життєвих труднощів і знайти заняття, яке приносить радість та задоволення.

2. Розвиток навичок саморегуляції.

Опанування психологічних технік, таких як релаксація, ідеомоторні вправи, визначення цілей та позитивна самопереконливість, є важливими для підтримання емоційного балансу.

3. Професійний розвиток і вдосконалення.

Один із способів протидії синдрому емоційного вигорання полягає в обміні фаховою інформацією з представниками інших служб. Співпраця розширює перспективу, надаючи відчуття більшого світу, ніж той, що існує всередині одного колективу.

4. Існує безліч курсів підвищення кваліфікації, різних професійних об'єднань і конференцій, де збираються фахівці з різним досвідом. Це відмінна можливість для обговорення, зокрема, абстрактних питань.

Для зменшення емоційного напруження варто уникати зайвої конкуренції. У житті виникають ситуації, коли змагання неминуче, але надмірні кар’єрні амбіції можуть призводити до стресу та тривоги, а також підвищувати агресивність, що, в свою чергу, провокує розвиток синдрому емоційного вигорання.

Щоб запобігти емоційному вигоранню, важливо також підтримувати хорошу фізичну форму. Відомо, що між тілом і розумом існує тісний зв’язок. Хронічний стрес негативно впливає на людину, тому регулярні фізичні вправи є необхідними для збереження гармонії між тілом і психікою.

Ключовим аспектом є чітке розмежування між професійною діяльністю та особистим життям, а також між роботою і домом. Вигоряння стає більш вираженим, коли ці межі розмиваються, і робота починає домінувати в повсякденному житті. Сімейні труднощі, пов’язані з вигорянням, можуть бути зменшені через зменшення рутинних дій. Це відбувається, коли особа свідомо бере участь у заходах, які не мають жодного зв’язку з роботою і дозволяють відпочити, а також не думати про робочі справи на шляху додому. Іноді такими

заняттями можуть бути фізичні вправи або усамітнення на певний час у парку для роздумів [43].

Для запобігання синдрому вигорання важливо ретельно планувати та грамотно розподіляти робоче навантаження, вміти перемикатися між різними видами діяльності та уникати конфліктів або ж змінювати своє ставлення до них на більш позитивне. Надмірне прагнення бути найкращим у всьому, або так званий «синдром відмінника», також може стати причиною незадоволеності роботою. Тому варто знизити вимоги до менш значущих завдань, підвищувати свій професійний рівень та зміцнювати самооцінку. Ключову роль відіграє наявність емоційної спрямованості, бачення сенсу в своїй роботі, дотримання етичних норм та принципів, а також особистісний розвиток. Людина не завжди може вплинути на зовнішнє середовище, але здатна навести порядок у своїй душі та власному невеликому світі – в родині, на роботі тощо.

Формування та реалізація стратегій для профілактики й корекції професійного вигоряння повинні займати важливе місце в контексті професійної компетентності. Забезпечивши достатнє розуміння основних професійних деформацій та їх негативних наслідків, можна істотно зменшити ймовірність виникнення стану вигоряння.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз та емпіричне дослідження особливостей професійного самовизначення старшокласників із різним соціометричним статусом дозволяють зробити наступні висновки.

Як у зарубіжній, так і в українській науковій спільноті відсутня єдина теорія щодо психоемоційного стану. Психічний стан розглядається як унікальна категорія, яка впливає на психологічні процеси та риси особистості, при цьому пропонуються різні підходи до їх класифікації, включаючи розмежування позитивних і негативних емоційних станів. Емоційний стан слід розглядати як ширшу категорію, яка охоплює емоції та їх прояви, що виникають під впливом різних обставин. Тому, дослідження психоемоційних станів залишається актуальною темою, яка вимагає подальшого вивчення і систематизації для глибшого розуміння їх впливу на особистість та її діяльність.

Нинішні соціально-економічні умови та інші фактори, що впливають на життя людини, ведуть до появи різних ситуацій, часто супроводжуваних стресом, що викликає відповідні реакції в організмі. Кожна з цих реакцій вимагає оперативного та адекватного аналізу і вирішення, аби збільшити здатність протистояти негативним впливам без шкоди для фізичного і психологічного стану.

Результати теоретичного аналізу продемонстрували, що робочий стрес може мати серйозні наслідки для фізичного та психічного стану середнього медичного персоналу. Він здатен призвести до зниження енергії та продуктивності, а також створити перешкоди для якісного догляду за пацієнтами. Як наслідок, це може негативно вплинути на результати лікування пацієнтів. Глибше розуміння цих стресорів дозволить розробити ефективні стратегії їх подолання, що сприятиме створенню безпечних умов праці для медсестер і підвищенню якості наданої медичної допомоги.

Сформувавши три групи досліджуваних із різним рівнем стресу (середній медичний персоналу з високим, середнім та низьким рівнем стресу), ми змогли

вивчити особливості психоемоційного стану у кожній із досліджуваних груп. Дослідження груп показало, що існують відмінності у особливостях психоемоційного стану середнього медичного персоналу відповідно до їхнього рівня стресу.

Дослідження рівня стресу середнього медичного персоналу виявило різноманітність у вираженості стресових реакцій. Більшість медичних працівників демонструють низький рівень стресу, що свідчить про їх здатність ефективно управляти емоційним станом і підтримувати психологічну стійкість. Однак, значна частина респондентів стикається з високим рівнем стресу, що викликане перевантаженням, нестачею ресурсів і відсутністю підтримки. Середній рівень стресу виявлено у третини опитаних, що свідчить про регулярний вплив стресогенних чинників.

Результати показників психічних станів середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу продемонстрували, що медичні працівники з високим рівнем стресу часто стикаються з високою тривожністю, що супроводжується емоційною нестабільністю та труднощами в адаптації до робочих умов. Високий рівень тривожності може призводити до соматичних проявів, таких як головний біль та порушення сну, що негативно впливає на загальний стан і продуктивність. Серед досліджуваних з середнім рівнем стресу спостерігається певна стресостійкість, проте емоційні виклики все ще залишаються актуальними. У групі з низьким рівнем стресу тривожність менш поширена, що вказує на вищу емоційну стабільність. Щодо фрустрації, високий рівень виявлено у медичних працівників з високим та середнім рівнем стресу, що свідчить про емоційне виснаження. Працівники з низьким рівнем стресу рідше відчувають фрустрацію, що може бути результатом кращого керування стресовими ситуаціями. Агресивність варіюється в залежності від рівня стресу, з середнім рівнем агресії більшість медичних працівників з середнім та високим рівнем стресу, тоді як низький рівень стресу позитивно впливає на емоційний стан і стосунки в колективі. Ригідність також проявляється у різний спосіб:

медичні працівники з низьким рівнем стресу демонструють вищу гнучкість, тоді як ті, хто зазнає високого стресу, мають труднощі в адаптації та співпраці.

Дослідження рівня невротизації середнього медичного персоналу виявило тривожні результати, особливо серед працівників з високим рівнем стресу, де спостерігалася висока невротизація. Це вказує на серйозні психологічні труднощі, зумовлені високими вимогами до роботи та недостатніми ресурсами для підтримки психічного здоров'я. Водночас, працівники з середнім і низьким рівнем стресу демонструють значно кращу адаптацію до стресових ситуацій, що свідчить про більш ефективні механізми управління стресом та емоційною стабільністю. Група з низьким рівнем стресу характеризується високою стабільністю невротизації, що підкреслює важливість сприятливих умов праці та підтримуючого середовища для психологічного благополуччя.

На основі отриманих результатів дослідження рівня нервово-психічної напруги досліджуваних можна зробити висновок, що жоден із респондентів не має високого рівня нервово-психічної напруги, що свідчить про позитивний стан психічного здоров'я медичного персоналу та їх здатність ефективно управляти стресом. Значна частка респондентів, незалежно від рівня стресу, демонструє низький рівень нервово-психічної напруги, що підкреслює ефективність адаптаційних механізмів у стресових ситуаціях. Медичні працівники, які зазнають впливу високого стресу, здатні підтримувати емоційний баланс, використовуючи професійні навички та соціальну підтримку.

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між рівнем стресу та особливостями психоемоційного стану також виявив певні відмінності. У групі з високим рівнем стресу спостерігається значний позитивний зв'язок між стресом і невротизацією, що свідчить про те, що збільшення стресу веде до зростання невротичних проявів. Також виявлено зв'язок між рівнем стресу та нервово-психічною напругою, що свідчить про негативні наслідки підвищеного стресу на емоційний стан медичних працівників. У групі з середнім рівнем стресу виявлено позитивну кореляцію між стресом і відчуттям фрустрації, що може

бути наслідком високих вимог до професії та постійного емоційного напруження. Для осіб з низьким рівнем стресу також виявлено позитивний зв’язок між стресом, невротизацією та нервово-психічною напругою. Зниження рівня стресу асоціюється зі зменшенням невротизації і нервово-психічної напруги, що підкреслює важливість психоемоційного благополуччя в професійній діяльності. Це, в свою чергу, сприяє зниженню тривожності, фрустрації та агресивності серед медичних працівників, що позитивно впливає на їх професійну діяльність та загальний психоемоційний стан.

Наявність отриманих результатів зумовила розробку практичних рекомендацій щодо профілактики та усунення наслідків емоційного вигорання під час здійснення професійної діяльності, що і було презентовано у роботі.

Таким чином, емпіричне дослідження підтвердило гіпотезу про існування відмінностей у особливостях психоемоційного стану середнього медичного персоналу з різним рівнем стресу, що підкреслює необхідність впровадження заходів для профілактики та управління стресом серед медичного персоналу, щоб запобігти негативним наслідкам для психоемоційного стану і підвищити ефективність їхньої професійної діяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бардин Н., Жидецький Ю., Когут Я., Пряхіна Н., Ясінський В. Стрес та стресостійкість в діяльності працівників правоохоронних органів: навчально-методичний посібник. Львів, 2020. 119 с.
2. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка та соціальна робота у сучасному світологічному просторі. *Освітологічний дискурс.* 2011. № 1. С. 103-111.
3. Будівська О.О. Стресостійкість як чинник профілактики професійного вигорання медичних працівників: кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня магістра. Запоріжжя, 2020. 84 с.
4. Булах В.П. Стрес та його вплив на організм людини. *Медсестринство.* 2014. №3. С. 10-15.
5. Варич А.М., Кокоріна С.А., Гуменна Л.В. Дослідження впливу стресу в діяльності медичних сестер загальної практики сімейної медицини. *Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я» (Ужгород, 24 листопада 2023 року).* Ужгород, 2023. С. 25-27.
6. Веремієнко В.П. Особливості подолання стресу в умовах пандемії Covid-19 у працівників ІТ-сфери: кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня магістра. Харків, 2020. 71 с.
7. Гаврилькевич В., Фірстова О. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену. *Психологічні травелоги:* науковий журнал. 2023. № 2. С. 41-50.
8. Гоїнець В.І. Профіль психічних станів курсантів першого курсу: кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня бакалавра. Львів, 2022. 48 с.
9. Головенко Х.В., Сопель О.М. Розширення синдрому емоційного вигорання в медичному персоналі і фактори, які спричиняють його розвиток. *Медсестринство*. Вінниця, 2015. № 1. С. 51-53.

10. Євтушенко Н.І. Причини професійних стресів у працівників медичної галузі в умовах кризового сьогодення. Актуальні питання сучасної психології. Том 2. Суми, 2015. С. 230-233.
11. Індекс здоров'я. Україна – 2019: результати загальнонаціонального дослідження 2020. [Електронний ресурс] http://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf
12. Карамушка Л.М., Куриця Д.І. Психологічні чинники професійного стресу у держслужбовців. *Теорія і практика управління соціальними системами.* 2013. № 1. С. 112-125.
13. Кічук А.В. Деякі особливості змін у психоемоційному здоров'ї студентів та факторів, які їх обумовлюють при карантинних обмеженнях. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* Том 3. 2020. № 3(53). С. 5-18.
14. Ковальова М.І. Психологічні характеристики медичних сестер в умовах професійного стресу. *Соціально-психологічні ресурси особистості в екстремальних умовах. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції (Київ, 19 квітня 2024 року).* Львів, 2024. С. 60-63.
15. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Герасименко М.В., Ткаченко В.В. Збірник методик діагностики лідерських якостей курсантського, сержантського та офіцерського складу: методичний посібник. Київ, 2012. 433 с.
16. Костащук В. Копінг-стратегії як чинник психологічного благополуччя молоді в умовах війни: кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня бакалавра. Київ, 2024. 113 с.
17. Кравцов Д.Р. Поняття стресу та психологічної стійкості в межах різних теоретичних підходів. *Габітус.* Том 1. 2020. Випуск 18. С. 112-116.
18. Кузнєцов М.А., Фоменко К.І., Кузнецов О.І. Психічні стани студентів у процесі навчально-пізнавальної діяльності: монографія. Харків, 2015. 338 с.
19. Лемак М.В., Петрище Ю.В. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник. Ужгород, 2012. 616 с.
20. Лісовенко А.Ф., Крюкова М.А. Біолого-психофізіологічні та психологічні прояви стресу в умовах пандемії. *Габітус*. 2021. № 23. С. 133-138.

21. Максименко С.Д. Максименко К.С., Папуча М.В. Психологія особистості: підручник. Київ, 2007. 296 с.

22. Маляр-Газда Н.М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодення. *Проблеми клінічної педіатрії*: науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики-сімейної медицини. Ужгород, 2015. № 3. С. 15-18.

23. Маняк А.В. Психологічні чинники емоційного вигорання медичних працівників багатопрофільних лікарень: кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня бакалавра. Київ, 2022. 60 с.

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

25. Мірошниченко О.А. Профілактика синдрому «професійного вигорання» у працюючих в екстремальних умовах: навчально-методичний посібник. Житомир, 2013. 155 с.

26. Москалюк В. Попередження професійного вигорання у медичних працівників: кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня магістра. Київ, 2023. 110 с.

27. Навроцька К.С. Удосконалення процесу оцінювання стресу за допомогою когнітивних функцій. *Вісник ТНТУ*. Том 77. Тернопіль, 2015. № 1. С. 219-228.

28. Наугольник Л.Б., Кіт В.В. Індивідуальні відмінності в реагуванні на стрес керівниками ОВС. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Збірник наукових праць.* Львів, 2014. Випуск 1. С. 102-110.

29. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів, 2015. 324 с.

30. Овчаренко О.Ю. Психологія стресу та стресових розладів: навчальний посібник. Київ, 2023. 266 с.

31. Папко Г.В. Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду у жінок з ППД у воєнний час: кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня магістра. Харків, 2022. 77 с.

32. Перелигіна Л.А., Ситник М.Ю. Професійний стрес пожежних-рятувальників і медичних працівників в екстремальних умовах діяльності. *Проблеми*

екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць Університету цивільного захисту України (Харків, 20 березня 2013). Харків, 2013. Випуск 13. С. 205-214.

33. Пилипака Ю.І. Стрес як загальний адаптаційний синдром та психічне здоров'я особистості. *Психологія: реальність і перспективи.* 2016. Випуск 6. С. 177-182.

34. Рирак В.В., Гордійчук С.В., Шатило В.Й., Горай О.В., Поплавська С.Д. Психологічні аспекти роботи медичних сестер. *Здоров'я і суспільство. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2023. № 1(95). С. 48-52.

35. Руднєва К.Л., Кучеренко Є.В. Переживання стресу медичними працівниками багатопрофільної лікарні. *Гуманітарний корпус. Збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії (Вінниця, 11 березня 2019).* Вінниця, 2019. Випуск 24. С. 171-173.

36. Савелюк Н.М. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства. *Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць РДГУ.* 2022. Випуск 18. С. 141-152.

37. Сельє Г. Стрес без дистресу. *Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського.* 2016. № 1. С. 78-89.

38. Синенко М.Ю., Марущак М.І., Чижишин Б.З., Мялюк О.П., Заєць Т.А. Основні стресові чинники в роботі медсестер. *Медсестринство*. 2024. № 1. С. 104-109.

39. Фучеджі В.Д., Плетенець О.М. Стрес як психофізіологічний аспект, що впливає на водіїв транспортних засобів. *Теорія і практика сучасної психології.* 2018. № 5. С. 118-122.

40. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія: як допомогти собі та іншим. Курс лекцій: навчальний посібник. Київ, 2000. 191 с.

41. Шаблевська Т.С. Особливості копінг-стратегій у подоланні стресу в професійній діяльності лікаря: кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня бакалавра. Київ, 2021. 51 с.

42. Шевченко О.Т. Психологічні передумови розвитку сресостійкості у медичних сестрах. *Психологічні науки: проблеми та здобутки. З*бірник наукових праць державного Київського міжнародного університету. Київ, 2018. № 1(11). С. 297-313.

43. Шелков В.Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. *Український медичний часопис.* 2019. № 2(70). С. 57-59.

44. Шпак М.М. Психоемоційний стан студентів в умовах дистанційного навчання. *Науковий вісник ХДУ. Психологічні науки*. 2021. № 4. С. 115-121.

45. Юрченко Я.А. Переживання хронічного стресу дорослими особами під час війни: кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня магістра. Київ, 2024. 116 с.

46. Яремко Р.Я., Мудрик Н.В. Емоційно-вольові особливості курсантів вищих навчальних закладів Збройних сил України. *Психологічні засади забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів. Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Кривий Ріг, 15 лютого 2018 року).* Кривий Ріг, 2018. 437 с.

47. Ярош Н.С. Роль рефлексії у процесі подолання стресу особистістю. *Психологічний часопис. Збірник наукових праць.* Київ, 2017. № 3. С. 189-199.

48. Bahrami M. Nurses' quality of life in medicalsurgical wards of an oncology center affiliated to the Isfahan University of Medical Sciences. *Nurs. J. Vulnerable.* 2016. № 3(7). P. 36-46.

49. Bandura A., Freeman W.H. Self-efficacy: The exercise of control. Journal of Cognitive Psychotherapy. 1999. Volume 13. P. 158-166.

50. Ben-Itzhak S., Dvash J., Maor M., Rosenberg N., Halpern P. Sense of meaning as a predictor of burnout in emergency physicians in Israel: a national survey. *Clinical and Experimental Emergency Medicine.* 2015. № 2(4). P. 217-225.

51. Bonanno G.A., Brewin C.R., Kaniasty K., La Greca A.M. Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities. *Psychological Science in the Public Interest.* 2010. № 11(1). P. 1-49.
52. Bowman M.A., Neale A.V., Seehusen D.A. This issue: important clinical studies with new useful information on problems encountered daily by family physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine.* 2014. № 27(5). P. 579-580.
53. Dagget T., Molla A., Belachew T. Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study. *BMC nursing.* 2016. № 15(39).
54. Gross J.J. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology.* 2002. № 39(3). P. 281-291.
55. Harbeck B., Suefke S., Haas C.S., Lehnert H., Kropp P., Moening H. No stress after 24-hour on-call shifts? *Journal of Occupational Health.* 2015. № 57(5). P. 438-447.
56. Hobfoll S.E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist.* 1989. № 44(3). 513 p.
57. Layali I., Ghajar M., Abedini E., Emadian S.O., Joulaei M. Role of Job Stressors on Quality of Life in Nurses. *Mazandaran Univ. Med. Sci.* 2019. № 29(180). P. 129-133.
58. McCraty R.M. Emotional Stress, Positive Emotions and Psychophysiological Coherence. Stress in Health and Disease. Weinheim, 2006. P. 342-365.
59. Ogundipe S., Obinna C., Olawale G. Shortage of medical personnel: Tougher times ahead for Nigerians (1). Vanguard. 2015. № 11.
60. Parveen R., Hussain M., Afzal M., Parveen M.K., Majeed M.I., Tahira F., Sabir M. The impact of occupational stress on nurses caring behavior and their health related quality of life. *Saudi J. Med. Pharm. Sci.* 2017. № 3(9). P. 1016-1025.
61. Rizkianti I., Haryani A. The Relationship Between Workload and Work Stress With Caring Behavior Of Nurses in Inpatient Rooms. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan.* 2020. №5(2). P. 159-166.

62. Sarafis P., Rousaki E., Tsounis A., Malliarou M., Lahana L., Bamidis P., Niakas D., Papastavrou E. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC nursing.* 2016. № 15(56).

63. Shareinia H., Khuniki F., Bloochi Beydokhti T. Comparison between job stress among emergency department nurses with nurses of other departments. *Q. J. Nurs. Manag.* 2018. № 6(3). P. 48-56.

64. Weigl M., Schneider A. Associations of work characteristics, employee strain and self-perceived quality of care in Emergency Departments: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing.* 2017. № 30. P. 20-24.