

Non sibi sed omnibus

**ПРОЯВИ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У
ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19**

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ.....	8
1.1. Основні підходи до вивчення поняття стресостійкості в сучасній психологічній літературі.....	8
1.2. Емоційний дистрес, психологічна відновлюваність та стресостійкість медичних працівників під час пандемії.....	11
РОЗДІЛ 2. ПСИХОДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	18
2.1. Організація та методологічний апарат дослідження	18
2.2. Аналіз отриманих результатів емпіричного дослідження.....	19
2.2.1. Апробація методики «Шкала психологічної відновлюваності» (Brief Resilient Coping Scale).....	21
2.2.2. Предиктори стресостійкості медпрацівників у професійній діяльності під час COVID-19.....	23
2.2.3. Психолінгвіальні маркери стресостійкості медпрацівників.....	25
ВИСНОВКИ.....	29
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	31
ДОДАТКИ.....	43

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема стресу та стресостійкості є проблемою сьогодення, яка набуває дедалі більшого розповсюдження. За результатами звітів ВООЗ, медпрацівники, які працюють із COVID-19, зазнають значного емоційного дистресу, зокрема тривожність, страх і стрес. Найпоширенішими причинами, які викликають дистрес, є ситуація невизначеності стосовно тривалості карантинних обмежень, незрозумілість природи вірусу, часткова відсутність і часта змінюваність чітких протоколів його лікування, дефіцит превентивних заходів і вакцини, страх заразити своїх рідних. Окрім того медики перебувають у постійному травматичному стресі, оскільки бачать значну смертність осіб від хронічних хвороб, загострених COVID-19. Ця ситуація також підсилюється негативним впливом мас-медіа, які часто нагнітають ситуацію для привернення цільової аудиторії.

В Україні ситуація видається ще більше критичною, адже кожен п'ятий пацієнт з COVID-19 є медпрацівником. Критичність ситуації в Україні пов'язана із нестачею захисних костюмів, респіраторів, масок, які зумовлюють діяльність медпрацівників в умовах постійної загрози, також дефіцитом тестів, що зменшує можливість соціального дистанціювання осіб із COVID-19, і збільшує можливість зараження. ВООЗ визначила важливою причиною емоційного дистресу медиків обмежений доступ до психологічної підтримки для боротьби з депресією, тривожним розладом та стресом. За даними МОЗ України на 22 травня Волинська область лідирує за кількістю медпрацівників, які захворіли на COVID-19, оскільки вони були слабо захищеними, перебуваючи на передовій лінії боротьби, і мали високі шанси зараження.

Враховуючи вищесказане, важливим є ґрунтовне вивчення проявів стресостійкості медпрацівників під час пандемії, що дасть змогу в подальшому розробити програму психологічної допомоги, яка спрямована на зменшення емоційного дистресу в термінах тривожності, страху, симптомів пост-

травматичного стресу та розвитку психологічної відновлюваності. Це зумовило актуальність дослідження і вибір теми: «Прояви стресостійкості медичних працівників у період пандемії COVID-19».

Об'єкт дослідження – стресостійкість як особистісна властивість медичних працівників.

Предметом дослідження – психологічні особливості стресостійкості у медичних працівників у період пандемії COVID-19.

Мета дослідження – теоретико-емпіричне вивчення стресостійкості у медичних працівників у період пандемії COVID-19 та визначення предикторів стресостійкості.

Мета дослідження визначає основні **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми стресостійкості, особливостей стресостійкості в осіб зрілого віку, прояву стресостійкості медичних працівників під час пандемії.

2. Емпірично вивчити психологічні особливості стресостійкості медичних працівників в період пандемії COVID-19, визначити предиктори стресостійкості та її зв'язок із депресією, тривожністю, психологічною відновлюваністю у медпрацівників під час пандемії.

3. Здійснити культурну адаптацію та валідизацію методики «Шкала психологічної відновлюваності» (Brief Resilient Coping Scale, адаптована V. Sinclair, K. Wallston, 2004) та на емпіричному рівні перевірити її ефективність.

4. Встановити психолінгвальні маркери стресостійкості медпрацівників на основі їхнього експресивного мовлення.

Теоретико-методологічну основу дослідження становить біопсихосоціальний підхід Дж. Енджела, відповідно до якого емоційний дистрес особи пов'язаний з її особистісними властивостями та соціальним оточенням у конкретному середовищі, в якому вона перебуває; ідеї Г. Сельє щодо природи загального адаптаційного синдрому у праці «Синдром, що викликається різними пошкоджуючими агентами».

Методи дослідження. Для діагностики рівня стресостійкості були застосовані такі методи дослідження: *теоретичні* (аналіз проблеми на основі вивчення наукової літератури та узагальнення отриманої наукової інформації); *емпіричні*: комплекс психодіагностичних методик, зокрема, опитувальник «Шкала психологічного стресу» PSM-25, методика «Шкала тривоги Бека», опитувальник «Шкала депресії Бека» та опитувальник «Шкала психологічної відновлюваності» (BRCS). У дослідженні було використано методи математичної статистики програмного забезпечення SPSS 21, зокрема кореляційний аналіз із коефіцієнтом Пірсона для встановлення взаємозв'язків між депресією, тривожністю, стресостійкістю та психологічною відновлюваністю; регресійний аналіз для визначення предикторів стресостійкості медпрацівників, описова статистика для визначення описової характеристики вибірки.

База дослідження. Дослідження проводилося на базі комунальних підприємств «Волинського обласного територіального медичного об'єднання захисту материнства і дитинства» та «Волинського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф». В дослідженні взяли участь 50 осіб – 33 жінки та 17 чоловіків, які мали досвід роботи з COVID-19. Середній вік досліджуваних становить 45 років. У процедурі культурної адаптації і стандартизації методики (Шкала психологічної відновлюваності) (Brief Resilient Coping Scale) взяли участь 100 медпрацівників комунальних підприємств «Волинського обласного територіального медичного об'єднання захисту материнства і дитинства» та «Волинського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що *вперше* отримало висвітлення стресостійкості медпрацівників під час пандемії COVID-19 та їхня здатність до психологічної відновлюваності. *Уточнено* поняття психологічної відновлюваності медпрацівників в умовах напруженої трудової діяльності, а

також *поглиблено* уявлення про прояви депресії й тривожності у стресових ситуаціях у професійній діяльності медиків.

Практична значущість одержаних результатів дослідження полягає в тому, що культурно адаптована й стандартизована методика «Шкала психологічної відновлюваності» (Brief Resilient Coping Scale, V. Sinclair, K. Wallston, 2004), яка може широко використовуватися для діагностики цієї особистісної властивості у медпрацівників. Результати дослідження можуть використовуватися під час читання дисциплін «Психологія особистості», «Клінічна психологія», «Клінічна психодіагностика» в системі підготовки майбутніх медпрацівників.

Впровадження результатів. Дослідження стресостійкості і психологічної відновлюваності медпрацівників реалізовувалися в межах проєкту «Психосоціальна підтримка медиків під час епідемій і пандемій» за програмою соціальної дії та підтримки Британської ради.

Результати дослідження «Прояви стресостійкості медичних працівників в період пандемії COVID-19» були впроваджені у навчальний процес Волинського національного університету імені Лесі Українки (довідка про впровадження № 03-28/01/433 від 11.02.2021), Комунального закладу «Волинський медичний інститут» (довідка про впровадження № 61/02/2-21 від 11.02.2021).

Апробація результатів. Основні положення та результати дослідження були представлені на таких міжнародних науково-практичних конференціях та науково – практичних семінарах: XII науково-практичний семінар «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» (м. Луцьк, 26 жовтня 2017 р.); I Всеукраїнський науково-практичний фестиваль психології та психотерапії «Сучасна психотерапія» (м. Переяслав – Хмельницький); IV Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології «Педагог в інклюзивному просторі: траєкторія самоактуалізації» (м. Переяслав – Хмельницький); I Всеукраїнська інтернет-конференція «Практична психологія в інклюзивному середовищі – 2019» (м. Переяслав-Хмельницький, 21 лютого 2019

р.); IV Всеукраїнська науково-практична конференція «Вектор пошуку в сучасному освітньому просторі» (м. Луцьк, 22 лютого 2019 р.); Науково-практичний семінар «Комунікативна компетентність як ключ до самореалізації особистості» (м. Луцьк, 5 березня 2019 р.); Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція з міжнародною участю «Навчання, виховання та розвиток в контексті життєвих перспектив особистості» (м. Бердянськ, 25 квітня 2019 р.); XIII Міжнародна науково-практична конференція студентів і аспірантів «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень» (м. Луцьк, 14-15 травня 2019 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Практична психологія сучасності: Ресурси та перспективи» (м. Луцьк, 26-27 вересня 2019 р.); Міжнародний науково-практичний семінар «Феноменологія депривації: Психолого-педагогічний і теоретико-прикладний дискурс. Ремедіум 10. Ювілейний» (м. Луцьк, 2 квітня 2020 р.); VII-й міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології» (м. Луцьк, 13 травня 2020 р.).

Публікації. Основні положення дослідження, його результати та висновки відображено у 8 наукових публікаціях, які опубліковано у збірниках матеріалів міжнародних науково-практичних конференцій та науково-практичних семінарів.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, що відповідають основним етапам дослідження, висновків, списку використаних джерел (112 найменувань), з них 29 – іноземних. Загальний обсяг роботи викладено на 55 сторінках, з них основний зміст – на 30 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Основні підходи до вивчення поняття стресостійкості в сучасній психологічній літературі

Слово «стрес» з'явилося у науковій літературі більше півстоліття тому в галузі медичних і психологічних наук. Перші наукові праці були опубліковані у 1936 році в журналі «Nature», в розділі «Листи до редактора», канадським фізіологом Гансом Сельє [106] під назвою «Синдром, що викликається різними пошкоджуючими агентами».

Враховуючи комплексність поняття «стрес», вважаємо за доцільне розглянути його з позиції біопсихосоціальної моделі. Вперше біопсихосоціальна модель була описана Дж. Енджелом у 1977 р. [95], припускаючи, що для розуміння фізіологічного стану людини слід враховувати не лише біологічні фактори (фізіологічна патологія), а й психологічні (думки, емоції та поведінка) та соціальні фактори (соціально-економічні, соціально-екологічні та культурні фактори).

Починаючи з моделі Дж. Енджела, медичне мислення повільно розвивалося шляхом включення та інтеграції психосоціальних компонентів. Модель Енджела прописує принципово інше положення як в класичній біомедичній моделі, щоб бути науковою, модель для медицини повинна включати психосоціальні виміри (особисті, емоційні, сімейні, спільнотні) на додаток до біологічних аспектів (захворювань) усіх пацієнтів [95].

За останні кілька років проблема вивчення норми і порушень привертала до себе увагу багатьох науковців. Наприклад, академік О. Газенко пише: «... особливо складною є оцінка стану на межі так званих норм та патології, коли ще

не розвинулось яке-небудь конкретне захворювання, але рівновага між організмом і середовищем явно порушена і стан не може бути кваліфіковано, як нормальний» [6, с.52].

У 1979 р. була видана в друк монографія професора Р. Баєвського «Прогнозування станів на межі норми і патології», яка вивчає проблему стресу з точки зору науки [5]. Здатність протистояти труднощам, формується в процесі життєдіяльності і пов'язана, як пише Л.Мітіна, [52, с.64] «...з відображенням власних можливостей людини, досвідом вирішення аналогічних ситуацій, з вибором способу подолання перешкод в складній ситуації».

Вперше дослідження явищ стресу розпочав відомий фізіолог Г. Сельє у 1926 році. У 1935 році він вводить термін «біологічний стрес», що являє собою стан неспецифічного напруження організму, який супроводжуються морфологічними змінами різних органів та їх систем [72]. Вивчаючи це поняття, вчений визначив його як загальний адаптаційний синдром, специфічний стан організму у відповідь на вплив неспецифічних подразників – стресорів.

Тривалий стрес може серйозно вплинути на психічне здоров'я індивіда. Хронічний, постійний стрес пов'язаний із такими станами, як тривога, депресія, проблеми з вживанням речовин, труднощі зі сном та розлади особистості. Тривалий стрес також може впливати на пам'ять, самооцінку, концентрацію уваги людини, а також на інші аспекти навчання та пізнання [103; 112].

Проблему емоційної стійкості вивчали такі вчені, як В. Бордов, Б. Вардарян, І. Заболотський, П. Зільберман, В. Корольчук, В. Крайнюк, В. Самохвалов, Г. Сельє тощо [8; 14; 28; 61; 71; 72; 73].

Б. Вардарян характеризував поняття стресостійкості як взаємодію всіх компонентів психічної діяльності «...можна більш конкретно визначити як властивість особистості, що забезпечує гармонійне відношення між всіма компонентами психічної діяльності в емоціогенній ситуації і, тим самим, сприяє успішному виконанню діяльності» [14, с. 542].

П. Зільберман вважав, що стійкість може бути нераціональним явищем, яке характеризується відсутністю адекватного відображення ситуації, що свідчить про недостатню адаптацію. Він пропонує свою характеристику терміну стресостійкості «інтегративна властивість особистості, що характеризується такою взаємодією емоційних, вольових, інтелектуальних та мотиваційних компонентів психічної діяльності індивіда, що забезпечує успішне досягнення мети діяльності в складній емоційній обстановці» [28, с.152].

Узагальнюючи погляди В. Корольчука, В. Крайнюка, В. Самохвалова [61; 71], можемо стверджувати, що стресостійкість – це індивідуальна здатність організму зберігати нормальну працездатність під час дії стресора.

Можна виокремити основні властивості, які впливають на формування стресостійкості: емоційна стійкість, оптимістичність, середній рівень особистісної тривожності та агресивності, внутрішній локус контролю (за В. Бодровим, Ю. Пунаповою, Л. Росс, С. Федоткиним) [8; 64; 69]. Дослідження наукових праць вітчизняних та зарубіжних психологів (Ю. Щербатих, В. Корольчук, Д. Натт), дозволяє виділити три основні психологічні елементи стресостійкості: соціальний (соціальні новоутворення – механізми, які сприяють вирішенню стресогенної ситуації), поведінковий (за критерієм спрямованості форми поведінки умовна можна поділити на зміну стресової ситуації та зміну самого себе), особистісний (сполучення особливостей людської психіки) [61; 86].

А. Маклаков вважає, що під поняттям стресостійкості слід розуміти індивідуальну здатність організму зберігати адекватну поведінку та працездатність під час дії стресора. Проведені до цього дослідження дозволяють виділити комплекс психологічних характеристик особистості, пов'язаних із стресостійкістю, який включає когнітивно-інтелектуальний та емоційно-особистісний блоки [44].

Таким чином, узагальнення досліджень зарубіжних та вітчизняних вчених дає змогу стверджувати, що стрес – це реакція організму, яка виникає у відповідь на певні чинники і характеризується відчуттям емоційного та фізичного

напруження. Відповідно, стресостійкість – це здатність індивіда протистояти впливам стресових факторів, при цьому зберігаючи рівень особистого контролю, та витримувати значні емоційні, вольові та інтелектуальні навантаження, які передбачені трудовою діяльністю. Основними блоками, які визначають рівень стресостійкості індивіда, є когнітивно-інтелектуальний та емоційно-особистісний. Індивідуальні відмінності в ступені вираження стресостійкості обумовлюються якісними й кількісними характеристиками властивостей особистості, які складають цей комплекс.

1.2. Емоційний дистрес, психологічна відновлюваність та стресостійкість медичних працівників під час пандемії COVID-19

На думку М. Лейтера, К. Маслач, емоційний дистрес значно відрізняється від інших форм стресу [22; 47]. Дослідження цього синдрому розпочалося зі співробітників медичних установ та різних громадських організацій. Ф. Сторлі – професор при Університеті штату Невада, США, проводила дослідження цього феномену на медсестрах, які працюють у відділеннях кардіології. Вона зробила висновок, що цей синдром є результатом конфронтації з реальністю, коли людський дух виснажується в боротьбі з обставинами, які важко змінити. Як наслідок, розвивається професійний аутизм. Необхідна робота виконується, але емоційний внесок, який перетворює виконання завдання в творчу реалізацію, відсутній.

Професор психології Каліфорнійського університету К. Маслач деталізувала це поняття, окресливши його як синдром фізичного та емоційного виснаження, що складається з розвитку негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи та втрати співчуття щодо пацієнтів. Авторка підкреслює, що «професійне вигорання» – це не втрата творчого потенціалу, не реакція на нудьгу, а скоріше емоційне виснаження, що виникає на фоні стресу, викликаного міжособистісним спілкуванням [47].

Інший дослідник Г. Робертс класифікує вище наведені симптоми як зміни у поведінці, зміни у мисленні, зміни у почуттях, соматичні зміни [67]. Щодо

таких науковців, як Б. Пельман і Е. Хартман, то вони виділили три головні компоненти емоційного вигорання:

1. Емоційне виснаження проявляється у відчуттях емоційного перенапруження і у відчутті спустошеності, вичерпаності своїх емоційних ресурсів.

2. Деперсоналізація пов'язана з виникненням байдужого і навіть негативного ставлення до людей, яких необхідно обслуговувати відповідно до сфери роботи. Контакти з ними стають формальними, безособовими; виникаючі негативні установки можуть спочатку мати прихований характер і проявлятися у внутрішньо стримуваному роздратуванні, яке з часом виривається назовні і приводить до конфліктів.

3. Недостатня робоча продуктивність проявляється в зниженні самооцінки своєї компетентності (в негативному сприйнятті себе як професіонала), незадоволеності собою, негативному ставленні до себе як особистості [20].

На думку Т. Зайчикової, Л. Карамушки [29; 30], процес вигорання виникає в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної «розрядки» і розвивається поступово. Спочатку у «вигораючого» починає зростати напруга у спілкуванні. Далі емоційна перевтома переходить у фізичну, людина не відчуває в собі сил для виконання навіть дріб'язкових справ, доводиться докладати багато зусиль, щоб примусити себе приступити до роботи. Така втома може провокувати стан пригніченості, апатію, спалахи роздратування, відчуття постійної напруги, дискомфорту [29].

Серйозними проявами «емоційного дистресу» є поведінкові зміни і ригідність. Якщо людина зазвичай балакуча і нестримна, вона може стати тихою і відчуженою. Чи навпаки, людина, зазвичай тиха і стримана, може стати дуже говіркою, вступати в бесіду будь з ким [42].

Інший дослідник П. Торнтон звертається до виявлення зв'язку між рівнем емоційного дистресу і типом поведінки подолання. Поведінка подолання забезпечується когнітивними і поведінковими зусиллями з регуляції.

Теоретичний огляд нещодавніх досліджень свідчить про те, що медпрацівники зазнають значного впливу стресу, тривоги, депресії, безсоння через пандемію COVID-19. Особливості стресорів, характерні для COVID-19, які відповідають за проблеми психічного здоров'я, включають припущення про спосіб його передачі, швидкість розповсюдження та відсутність остаточних протоколів лікування або вакцинації [18; 25; 42; 75; 76; 100; 110].

Дослідження психологічних наслідків епідемій і пандемій показали, що епідемії можуть спричинити серйозні психологічні наслідки для людей. У значній кількості людей це може призвести до розвитку нових психічних симптомів, погіршення та загострення вже існуючих захворювань. У людей, які не хворіли, може виникнути страх інфікуватися, люди, які занедужали, можуть відчувати страх смерті, надмірне занепокоєння та тривогу, безпорадність, схильність звинувачувати інших хворих людей. Психічні порушення, які розвиваються у людей, включають депресію, тривогу, панічні атаки, соматичні симптоми та симптоми посттравматичного стресового розладу, психозу і навіть були випадки суїцидальних дій [98; 104; 107].

Як уже зазначалося, дослідження, проведені в минулому, повідомляли, що медичні працівники, особливо ті, хто працює у відділеннях невідкладної допомоги, відділеннях інтенсивної терапії та інфекційних відділеннях, мають більший ризик розвитку несприятливого психічного впливу [105]. Поточний огляд також продемонстрував подібні результати, згідно з якими медичні працівники мають більший ризик розвитку несприятливих психічних наслідків.

П. Цай та ін. [92] припустили, що тривожність по-різному проявляється відповідно до віку. Медпрацівники у віці 31-40 років мають підвищену тривожність щодо інфікування своїх сімей, тоді як серед працівників віком більше 50 років смерть пацієнта спричиняла більший стрес ніж в інших вікових групах. Для працівників у віці 41-50 років важливі також такі фактори, як турбота про свою безпеку. У персоналу похилого віку виявили підвищений стрес через виснаження протягом тривалого робочого часу та відсутність засобів

індивідуального захисту. Незалежно від віку, безпека колег та відсутність лікування COVID-19 сприймалися як фактори, що викликають стрес у всіх медпрацівників [92].

Загальними факторами ризику розвитку психічних захворювань були відсутність соціальної підтримки, спілкування, неадаптивне подолання та відсутність підготовки [105]. Вплив соціальної підтримки на самоефективність, безсоння, тривогу та депресію було показано дослідженням, проведеним Т. Сяо та співавторами [92]. Аналіз цього річних досліджень показав, що у медичних сестер симптоми тривоги та депресії вищі у порівнянні з лікарями. Однак дослідження з Сінгапуру засвідчило, що самотні лікарі мають більший ризик виникнення психічних порушень, ніж заміжні медсестри [93]. Також це дослідження демонструє значний психологічний дистрес серед анестезіологів та медсестер, які працюють у відділеннях інтенсивної терапії в контексті пандемії COVID-19.

Для оцінки стресу, депресії та тривожності слід проводити регулярний скринінг медпрацівників, які займаються лікуванням та діагностикою пацієнтів з COVID-19. Важливим є своєчасне вирішення питань психічного здоров'я у медичних працівників, бажано за допомогою психотерапевтичних засобів, заснованих на моделі адаптації до стресу [97].

Підвищений рівень стресу пов'язаний із роботою в охороні здоров'я навіть у звичайних обставинах. У цьому контексті були описані депресія, тривога, порушення сну та вигорання [100]. Пандемія поставила медичних працівників у складну ситуацію, особливо тих, хто працює у лікарнях, доглядаючи за пацієнтами із підозрою на COVID-19, або з підтвердженим захворюванням. Вони мали справу не тільки з більшим ризиком зараження та страхом зараження та розповсюдження вірусу серед своїх близьких [99; 104], але також з емоційними розладами, проблемами сну, ізоляцією, відсутністю контакту з сім'ями, тривалими робочими змінами та фізичним виснаженням [92; 97].

Для медичних працівників стресовими факторами є високий ризик захворіти через постійний контакт із інфікованими пацієнтами з неадекватним захистом від вірусу, відсутністю контакту з членами сім'ї, самотністю та втомою. У середовищі напруги, де є дуже багато стресорів виникають такі проблеми психічного здоров'я, як стрес, тривога, депресія, заперечення, агресивність, страх та соматичні симптоми. Проблеми психічного здоров'я не лише впливають на увагу, розуміння та здатність медпрацівників приймати рішення, але можуть також заважати їм боротися з вірусом. Медичні працівники не лише отримують надмірне навантаження та роботи години, але й ризикують інфікуватися. Крім того, тривалий стрес підвищує схильність до депресії або інших психічних захворювань, що призводить до підвищеного ризику зараження [97].

Психологічний вплив на працівників мають також негативні наслідки для цілих медичних установ і організацій. Екстремальний тиск, який зазнає медичний працівник під час пандемії, може збільшити ризик вигорання, яке має несприятливі наслідки не тільки для індивідуального благополуччя, але й для медичних установ й системи охорони здоров'я загалом [100]. Під час спалаху ГРВІ емоції, які переживали медичні працівники, були пов'язані з масовим звільненням та низькими показниками роботи [110]. У Китаї медичні працівники, які перебували на передовій безпосередньо з пацієнтами з COVID-19, переживали стрес, тривогу та безсоння, і демонстрували вищі рівні важких симптомів психічного здоров'я, ніж ті, що мають другорядну роль [104; 107]. Таким чином, психологічна підтримка повинна бути зосереджена як на рівні окремих працівників, так і на рівні організації. Попередні епідемії продемонстрували, що контекст організації, ефективний менеджмент, наявність психосоціальної підтримки позитивно впливають на психологічні результати для медпрацівників [100; 110].

У британських ЗМІ з'являються повідомлення про переваги надання першої психологічної допомоги медичним працівникам для підтримки

індивідуальних навичок подолання та стійкості під час пандемії COVID-19 [107]. Потрібна більша просвітницька робота щодо самообслуговування (наприклад, здорове харчування, повноцінний сон, фізична активність), оскільки під час пандемії (як і в інший час) медичні працівники часто ігнорують власне здоров'я та благополуччя на користь догляду за пацієнтами [93; 99] .

Дослідження виявили, що медичні працівники вимагали від свого роботодавця п'ять речей під час пандемії COVID-19: вислухайте мене, захистіть, підготуйте, підтримайте та доглядайте за мною [100]. Щоб працівники охорони здоров'я могли повною мірою реалізувати свій потенціал протягом тривалого періоду часу, роботодавці охорони здоров'я повинні надавати ранню психосоціальну підтримку всім працівникам, яка відповідає на ці запити і орієнтована на: створення психологічно безпечного середовища, сильне керівництво, чіткі організаційні стратегії щодо добробуту медпрацівників, послідовне спілкування та значна підтримка колег. Таке середовище сприятиме підвищенню індивідуальної стійкості та санкціям до співчуття та догляду за собою. Формування культури організаційної стійкості може допомогти зменшити ймовірність або тяжкість психологічних проявів, що вимагають лікування, як тільки безпосередня загроза COVID-19 стихне.

Важливими є такі особистісні характеристики, що дозволяють зберігати психологічну рівновагу та уникати дезадаптивних форм реагування, серед яких виділяються: здатність приймати реальність у всьому різноманітті; позитивне ставлення до самого себе, інших людей, світу в цілому; адекватна стійка самооцінка, мотивація на успіх; прийняття особистісної відповідальності за своє життя, здатність робити свідомий вибір і нести відповідальність за його наслідки; здатність встановлювати конструктивні відносини з іншими людьми; усвідомлення проблеми залежності і проблеми провини; усвідомлення особистих цінностей, сенсу життя «для себе», смислу роботи «для себе», відчуття щастя; наявність домагань і очікувань у відповідності з реальністю; формування навичок планування, побудови життєвої перспективи, подолання

страху перед майбутнім; знання про проблеми стресу, вироблення індивідуальної тактики керування стресом, навиками саморегуляції [98; 104; 105; 107].

Таким чином, результати аналізу літератури свідчать про те, що існує очевидна необхідність негайних заходів для забезпечення фізичного і психологічного здоров'я та збереження робочої сили медичних працівників.

РОЗДІЛ 2

ПСИХОДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19

2.1. Організація та методологічний апарат дослідження

Методологія дослідження ґрунтується на провідних ідеях праць Дж. Енджела [95].

Аналізуючи основні положення класичної біомедичної концепції, яка характеризується встановленням чіткої розмежованості між організмом, переживаннями та соціальним досвідом пацієнта, Дж. Енджел запропонував альтернативну біоспихосоціальну концепцію, основною ідеєю якої є вивчення трьох вищезгаданих вимірів життя індивіда, які доповнюють один одного. Інтеграцію трьох вказаних підходів вважаємо обґрунтованою і для вивчення стресостійкості медпрацівників у період пандемії. Адже, з одного боку, на основі теоретичного аналізу окресленої проблематики встановлено, що соціальне оточення суб'єкта значною мірою визначає схильність до емоційного дистресу, психологічної відновлюваності та стресостійкості. З іншого боку, виявлено тісну взаємозалежність стресостійкості з широким спектром психологічних станів, зокрема тривожності і депресії.

Організація емпіричного дослідження психологічних особливостей стресостійкості медичних працівників в період пандемії COVID-19 відбувалася у три етапи. На першому етапі здійснили теоретичний аналіз особливостей стресу і стресостійкості у медичних працівників, під час пандемії зокрема. Другий етап передбачав проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей стресостійкості медпрацівників. Методичний інструментарій: опитувальник «Шкала психологічного стресу» (PSM-25); (Додаток А) Шкала тривоги Бека; (Додаток Б) Шкала депресії Бека; (Додаток В) Опитувальник «Шкала психологічної відновлюваності» (Brief Resilient Coping Scale). (Додаток Д).

Одним із ефективних сучасних методів психолінгвістичної діагностики

психічних особливостей, відображених у мовленні людини, є комп'ютерна програма Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC), автор якої –американський соціальний психолог Дж. Пенебейкер [27]. LIWC2015 призначений для аналізу транскрибованого тексту. Програма містить категорії слів, що стосуються психологічних станів, включаючи афект, когнітивні процеси, біологічні процеси, мотиви, особисті тематичні категорії, такі як робота, дім, відпочинок; соціолінгвістичні показники повсякденного спілкування: лексичні одиниці зі значенням згоди, словесні паразити, нецензурна лексика, жаргон користувачів Інтернету [27]. Під час аналізу розгорнутих відповідей медпрацівників, які працювали з COVID-19, було виявлено 10 найбільш значимих психологічних категорій, які є психолінгвальними маркерами стресостійкості.

Впродовж третього етапу ми здійснили культурну адаптацію й стандартизацію методики для діагностики психологічної відновлюваності та кількісний й якісний аналіз предикторів стресостійкості. Дослідження передбачало здійснення математико-статистичної обробки за допомогою комп'ютерного забезпечення SPSS для Windows версія 21.0 (статистична обробка даних здійснювалася за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона, однофакторного дисперсійного аналізу, регресійного аналізу та описової статистики).

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження стресостійкості медичних працівників під час пандемії COVID-19

За результатами емпіричного дослідження отримано великий масив числових даних, що детермінувало використання методів математичної статистики для їхнього аналізу та узагальнення, таких як: кореляційний аналіз Пірсона (для встановлення зв'язків між показником рівня стресостійкості та діагностичними критеріями, що визначають симптоматику стресу); множинний регресійний аналіз (для встановлення взаємозв'язку між залежною змінною (стресостійкість) та кількома іншими змінними (тривожність, депресія,

відновлюваність) із метою встановлення найбільш прогностичних детермінант різного рівня стресостійкості) та однофакторний дисперсійний аналіз (для встановлення ступеня впливу факторів, їх взаємодії та перевірки гіпотези про зв'язок між залежною змінною стресостійкістю та незалежними змінними тривога, депресія та відновлюваність).

Результати описової статистики стресостійкості подано у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Результати описової статистики змінних у дослідженні стресостійкості у медичних працівників (n=50)

	N	Мінімум	Максимум	Середньогрупове значення	Стандартне відхилення
Стресостійкість	50	32,00	136,00	82,20	27,13
Депресія	50	,00	20,00	3,82	3,56
Тривожність	50	,00	42,00	11,54	9,32
Відновлюваність	50	8,00	19,00	14,40	2,48

Результати опрацювання середньогрупових даних за методикою «Шкала психологічного стресу» (PSM-25) медичних працівників Лемура-Тесьє-Філліона засвідчили, що 35 осіб, що становить 70,00% опитуваних мають низький рівень стресу, відповідно високу стресостійкість, що свідчить про стан психологічної адаптованості до професійних навантажень у медичній сфері, збереження самовладання в ситуаціях ризику, забезпечує адаптивну реакцію на стресори. Стресостійкість забезпечує медичним працівникам надійне і безпечне функціонування під час трудової діяльності, зменшує прояви тривожності та депресії, розвиває стійкість до негативних впливів стресових факторів та сприяє психологічному благополуччю загалом.

Середній рівень психологічного стресу виявлено у 15 осіб, що становить 30,00% респондентів, такий рівень стресу показує, що природний стан психічної напруженості, патологічні прояви тривожності, соматичні та поведінкові

показники описуються як стан, адаптивний до праці в цій сфері, але може приводити до психоемоційних розладів.

Згідно із результатами кореляційного аналізу, які представлені у табл. 2.2, ми можемо говорити про те, що стресостійкість має зворотній зв'язок зі стресом.

Таблиця 2.2

Коефіцієнт кореляції Пірсона між показниками стресостійкості, тривожності, депресії та відновлюваності медпрацівників

	Стресостійкість	Депресія	Тривожність	Відновлюваність
Стресостійкість	1	,61**	,75**	-,01
Депресія	,61**	1	,66**	-,16
Тривожність	,75**	,66**	1	-,06
Відновлюваність	-,01	-,16	-,06	1

*кореляція значуща при $p \leq 0,05$

**кореляція значуща при $p \leq 0,01$

Таким чином, стресостійкість є важливою для запобігання розвитку депресії й тривоги у медпрацівників під час роботи пандемії.

2.2.1. Апробація методики «Шкала психологічної відновлюваності» (Brief Resilient Coping Scale)

Наступним етапом дослідження була апробація методики «Шкала психологічної відновлюваності» (Brief Resilient Coping Scale).

Експериментальна робота з апробації опитувальника «Шкали психологічної відновлюваності» (Brief Resilient Coping Scale, адаптована V. Sinclair, K. Wallston, 2004) в даному дослідженні проводилася під час пандемії COVID-19 в умовах чітких карантинних обмежень, зокрема таких як «карантин

вихідного дня» з 21 жовтня по 25 листопада 2020 року на базі комунальних підприємств «Волинського обласного територіального медичного об'єднання захисту материнства і дитинства» та «Волинського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф». Опитування проводилося в очному режимі.

Процес адаптації та стандартизації опитувальника складався з двох етапів відповідно до визначених процедур валідації та стандартизації. На першому етапі роботи опитувальник було перекладено з англійської на українську мову та розроблено робочу версію. На другому етапі були визначені психометричні властивості опитувальника:

1. Ефективність та доцільність шкал, обраних у методології (визначення коефіцієнтів кореляції, щоб уникнути дублювання).

2. Кореляційний аналіз між перекладеними твердженнями методики та твердженнями методики мовою оригіналу.

3. Оцінка внутрішньої надійності тверджень з методики за допомогою коефіцієнта α -Кронбаха.

З метою емпіричної перевірки точності перекладу методики «Шкала психологічної відновлюваності» з медичними працівниками було проведено українську версію методики, і через місяць копія методики українською мовою була надана тій же вибірці осіб.

Отримавши кореляційний аналіз шкал методики з використанням коефіцієнта Пірсона, ми виявили, що більшість кореляційних зв'язків є високої значущості, а отже переклад адекватний і відповідає результату (Додаток Е). Жоден з пунктів методики не відтворював однаковий зміст, тому в нашій версії методу стільки тверджень, скільки в оригіналі.

На другому етапі дослідження ми визначили дискримінативність всіх пунктів методики, що дозволило визначити диференціальну силу тверджень опитувальника. Кожне з тверджень мало п'ять можливих відповідей (абсолютно не характерно; не дуже характерно для мене; і так, і ні; певною мірою; дуже

характерно для мене), тому для розрахунків використовували коефіцієнт Пірсона.

Протягом другого етапу опитування медичних працівників був проведений кореляційний аналіз між кожною шкалою анкети та загальним показником психологічної відновлюваності, дані яких представлені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

**Оцінка дискримінативної здатності кожної шкали
опитувальника «Шкала психологічної відновлюваності»**

№	Шкали	Відновлюваність 2
1.	Рішення	0,60**
2.	Реакція	0,64**
3.	Зростання	0,63**
4.	Компенсація	0,55**

Примітка. Рівні значущості: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Через наявність значних кореляційних зв'язків між усіма шкалами та загальним ступенем психологічної відновлюваності, усі твердження цих шкал були перенесені в перекладений текст методики. У такий спосіб, опитувальник містить 4 твердження, по одному твердженню на кожен шкалу. Усі питання даного опитувальника мають прямий порядок обрахунку.

Показник надійності за альфою Кронбаха становить $\alpha = 0,86$, це свідчить, що методика BRCS має адекватну внутрішню узгодженість та надійність тестування та повторного тестування.

2.2.2. Предиктори психологічної відновлюваності медпрацівників у професійній діяльності під час COVID-19

Наступне дослідницьке питання полягає у з'ясуванні взаємозв'язку між стресостійкістю та проявами тривожності, депресії та відновлюваності у медичних працівників. Для того, щоб дослідити наскільки стресостійкість пов'язана з проявами тривоги, депресії та психологічної відновлюваності, було

застосовано регресійний аналіз, у якому залежною змінною виступала стресостійкість, а тривожність, депресія та відновлюваність слугували незалежними змінними (табл. 2.6).

Припущення щодо лінійного зв'язку між даними, однорідності, автокореляції залишків першого порядку (Дурбина-Уотсона $d=1,83$), ($R=0,77^a$ свідчить про те, що залежність сильна), які є необхідними для здійснення регресійного аналізу, були підтвержені.

$R^2=0,60$, це свідчить про те, що мінівість стресостійкості пояснюється відмінністю проявів тривоги та депресії серед медичних працівників на 60,00%. Відповідно, інші 40,00% випадків пояснюються впливом інших факторів.

Результати регресійного аналізу свідчать про те, що тривожність та депресія пов'язані з рівнем стресостійкості. Ці три змінні пояснюють 60 %, $R^2 = 0,60$ $F(23,21)$ $p=0,00$. Водночас було встановлено сильний позитивний зв'язок між показниками стресостійкості та тривожності ($r=0,75$, $p \leq 0,001$), помірний позитивний зв'язок між показниками: стресостійкості та депресії ($r=0,61$ при $p \leq 0,001$), а також слабкий негативний зв'язок між показниками стресостійкості та відновлюваності ($r=-0,01$ при $p \leq 0,05$) у медпрацівників.

Таблиця 2.4

Результати регресійного аналізу з залежною змінною стресостійкість

Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Знч.
		B	Стд. ошибка	Бета		
1	Депресія	1,61	0,96	0,21	1,67	0,10
	Тривога	1,81	0,36	0,62	4,97	0,00
	Відновлюваність	0,68	1,03	0,06	0,66	0,50

а. Залежна змінна: Стресостійкість

б. Незалежні змінні: Депресія, Тривога, Відновлюваність

Тривожність є незалежною значимою змінною, яка являється негативним предиктором стресостійкості. Низький рівень стресостійкості, неспроможність особистості протидіяти впливам стресових факторів призводить до негативних наслідків у психічній, соціальній, професійній і поведінковій сферах: різноманітних дисфункцій та проявів посттравматичних стресових розладів.

Отримані дані в результаті регресійного аналізу мають велике значення для нашого дослідження, адже в теоретичному розділі нашої роботи ми зазначали, що на рівень стресостійкості у медичних працівників може впливати депресія та тривожність. Як свідчать результати регресійного аналізу, незалежні змінні такі як: відновлюваність, тривога та депресія сукупно детермінують стресостійкість, водночас лише тривожність є значущим незалежним негативним предиктором стресостійкості. Такі результати приводять до висновку, що основним напрямом психологічної допомоги медпрацівникам під час пандемії є системна робота, спрямована на зниження тривожності.

2.2.3. Психолінгвальні маркери стресостійкості медпрацівників

Одним із ефективних сучасних методів психолінгвістичної діагностики емоційних, когнітивних та поведінкових компонентів психіки, відображених у мовленні людини, є комп'ютерна програма Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC), автор якої американський соціальний психолог Дж. Пенебейкер.

LIWC2015 призначений для прийому письмового або транскрибованого тексту, збереженого як файл, в одному з декількох форматів, включаючи звичайний текст, PDF, RTF або стандартні файли Microsoft Word (наприклад, .doc та .docx). Кожен текстовий файл аналізується за 73 категоріями словникового запасу. Словник містить категорії слів, що стосуються психологічних станів, включаючи афект, когнітивні процеси, біологічні процеси, мотиви, особисті тематичні категорії, такі як робота, дім, відпочинок; соціолінгвістичні показники повсякденного спілкування: лексичні одиниці зі

значенням згоди, словесні паразити, нецензурна лексика, жаргон користувачів Інтернету [27].

Отже під час аналізу розгорнутих відповідей досліджуваних було виявлено 10 найбільш значимих категорій, які зображені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Найбільш значимі категорії транскрибованого аналізу розгорнутих відповідей медпрацівників

№	Категорії	Числове значення
1.	Емоції (negemo)	1,44
2.	Соціальні контакти (social)	4,17
3.	Афекти (affect)	2,41
4.	Когнітивні процеси (cogproc)	7,22
5.	Мотиви (drives)	2,66
6.	Робота (work)	2,57
7.	Фокус на теперішньому (focuspresent)	1,61
8.	Здоров'я (health)	1,12
9.	Час (time)	3,53
10.	Сім'я (family)	1,93

Перша категорія емоції, являє собою емоційні прояви, реакції та особливі стани, які можуть спонукати або гальмувати особу до певної діяльності. В умовах карантину в медичних працівників збільшилася кількість стресогенних факторів, які викликали у них негативні емоції. Так прокоментував свій стресовий досвід пов'язаний з COVID-19 медпрацівник К: *«Стресові ситуації трапляються майже кожного чергування, коли привозиш хворого з підозрою на COVID-19 з низькою сатурацією, а місце в лікарні не має. Ось тоді й все*

починається. Треба пройти всі «круги ада» для хворого, який підключений до кисневої маски, для самого себе, для родичів. Заспокоюєш всіх, знаючи що й лікарям в приймальних відділеннях не легко зробити місця з кисневою недостатністю».

Категорія соціальні зв'язки теж є також вираженою, адже більшість медпрацівників, які мають досвід роботи з COVID-19, намагалися ізолюватися або зменшити міжособистісну взаємодію з рідними та друзями. Особливо важко було тим, для кого соціальні контакти виступають одним і найголовніших ресурсів, хто не вміє бути з собою на самоті. Також завдяки карантинним обмеженням кожен міг визначити та встановити той круг спілкування, який є приємним та позитивним. Медпрацівник К так ділиться своїми думками, щодо раптової зміни кола спілкування: *«Коли виявилось, що у мене є антитіла до COVID-19, дуже вибила з колії реакція людей по відношенню до мене. Але дуже порадувала підтримка від людей, від яких я цього не очікувала».*

Категорія афект являє собою емоційні явища, особливі стани, які спричиняються сильними стресовими факторами. Якщо говорити про пандемію, яка створила стресові умови для людини, зрозуміло чому категорія афектів є досить значимою у даному аналізі. Це говорить про те, що велика частина досліджуваних карантин сприйняла досить стресово та негативно, емоційно напружено та важко. Медпрацівник М так ділиться досвідом свого карантинного життя: *«Стрес, відчуття безпорадності, неможливості вплинути на ситуацію при прогресуванні дихальної недостатності у близької людини».* Медпрацівник В ділиться своїми думками, щодо свого емоційного стану: *«Завжди знаходишся в стресовій ситуації, у зв'язку з COVID-19 завжди відчуваєш нервові напруження, і не знаєш, що тебе чекає завтра».*

Категорія когнітивні процеси говорить про усвідомлене ставлення медичного працівника до ситуації, що склалася, уміння якісно фільтрувати інформацію, яку він отримує, та виокремити головне саме для нього.

Ось як медпрацівник Л негативно описує свій травматичний досвід пов'язаний з COVID-19, який сформував для нього бачення з боку пацієнта: *«Швидка смерть співробітника. Хворіє багато бідних людей. Лікуватися спроможні люди з достатком, або ті, котрі мають гроші та зв'язки. Найгірша смерть при задишці людини. Ми стали заручниками всіх людей, котрі захворіли, а особливо їх зухвальство до нашої праці».*

Категорія мотиви також має високу значущість, адже кожен шукав ту рушійну силу, яка буде спонукати їх до дій. Медпрацівник Г так висловився щодо власних мотивів у трудовій діяльності: *«Скеровану сімейним лікарям хвору у якої була значно нижче норма сатурації на приймальне до лікарні, мотивуючи це тим що немає кисню, тобто всі місця з доступом до O₂ зайняті іншими пацієнтами. Ми стояли під лікарнею м. Луцьк 2 години пацієнтка знаходилася в машині «швидкої» з подачею кисню через маску, але сатурація продовжувала понижатися, дочка пацієнтки дуже кричала. Мені по-людському хотілося дуже їй допомогти».*

ВИСНОВКИ

Теоретичне опрацювання наукових джерел та проведене комплексне дослідження дали змогу зробити наступні висновки:

1. Стрес – це реакція організму на вплив стресора різної етіології. Здатність індивіда протистояти впливам стресових факторів при цьому зберігаючи рівень особистого контролю та витримувати значні емоційні, вольові та інтелектуальні навантаження, які передбачені поточною діяльністю називаються стресостійкістю. Виокремлено фактори, які суттєво впливають на стресостійкість медпрацівників: постійна висока інтенсивність інформаційного потоку; невизначеність або неповнота інформації в умовах відповідальної діяльності; ситуація ризику; ситуація високої відповідальності за прийняте рішення та одночасна реалізація низки інтелектуальних та сенсомоторних навичок. Особливостями професійного стресу у медпрацівників під час пандемії COVID-19 є значний вплив тривоги та депресії, що негативно може відобразитися на психологічному благополуччі, що, своєю чергою, має важливий вплив на результати діяльності людей. Вивчення психологічних умов та особливостей трудової діяльності медичних працівників визначило доцільність та необхідність формування стресостійкості саме у цієї категорії осіб, зумовило адекватність добору комплексу психодіагностичних та психокорекційних методик.

2. Було виявлено сильний позитивний зв'язок між показниками стресостійкості та тривожності у медпрацівників. Стресостійкість медичних працівників детермінується психологічною підготовкою особистості до дій в екстремальних умовах, особистісним та професійним досвідом. Як свідчать результати регресійного аналізу, незалежні змінні такі, як відновлюваність, тривога та депресія сукупно детермінують стресостійкість, водночас лише тривожність є значущим незалежним негативним предиктором стресостійкості.

Такі результати дають змогу дійти висновку, що основним напрямом психологічної допомоги медпрацівникам під час пандемії повинна бути системна робота, спрямована на зниження тривожності.

3. Культурна адаптація та валідація методики «Шкала психологічної відновлюваності» (Brief Resilient Coping Scale) проходила у три етапи, в результаті чого було успішно реалізовано психометричну перевірку та валідацію опитувальника «Шкала психологічної відновлюваності», що дало нам змогу сформувавши його остаточну версію. Відповідно методика може отримати широке використання для вирішення емпіричних та теоретичних завдань в області вивчення відновлюваності.

4. Визначено найчастотніші категорії в мовленні медпрацівників, які виражають досвід позитивного переживання пандемії та вважаються психолінгвальними маркерами стресостійкості. До найбільш вживаних категорій належать емоції, соціальна підтримка, афекти, когнітивні процеси та мотиви.

Перспективним вважаємо розроблення системи психологічної допомоги медпрацівникам в умовах епідемій і пандемій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абабков В., Перре М. Адаптация к стрессу. / В. Абабков, М. Перре – Спб.: Речь, 2004. — 165 с.
2. Аболин Л. Эмоциональная устойчивость и пути ее повышения / Л. Аболин // Вопросы психологии. – Казань. – 1988. – №4. – С. 141 – 149.
3. Абрамова Г., Юдчиц Ю. Психология в медицине : учебное пособие / Г. Абрамова, Ю. Юдчиц. – Москва : Наука, 1998. – С. 196-210.
4. Абрамов В. Исследование синдрома выгорания на этапе метаобзоров / В. Абрамов, И. Алексейчук, А. Алексейчук // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 1 (18). – С. 117-123.
5. Баєвський Р.М. Прогнозування станів на межі норми і патології: монографія // Р.М. Баєвський. – М.: Медицина, 1979. – 7 с.
6. Бернштейн Н. Физиология движений и активности // под. ред. О. Газенко. – М.: Наука, 1990. – 494 с.
7. Богучарова О. Синдром професійного вигорання / О. Богучарова // Вісник Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. Соціологія. Психологія. Педагогіка / за редакцією В. Б. Євтуха та ін. – Київ : ВПУ «Київський ун-т», 2003. – Вип. 17. – С. 59-60.
8. Бодров В. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / В. Бодров. – М.: Институт психологии РАН, 1995. – 320 с.
9. Бойко В. Энергия эмоций / В. Бойко. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб. : Питер, 2004. – С. 136-150.
10. Бойко В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. Бойко. – Москва, 1996. – С. 311-315.
11. Борневассер М. Стресс в условиях труда // Психические состояния. Хрестоматия. СПб.: Питер, 2000. С. 195 - 214.

12. Вірна, Ж. П. (2013). Адаптаційний профіль задоволеності життям особистості. Проблеми сучасної психології, 2, 20–25.
13. Вітенко І., Вітенко Т. Основи психології : підручник [для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації] / І. Вітенко, Т. Вітенко. – Вінниця, 2001. – С. 296-298.
14. Варданян Б. Механизмы регуляции эмоциональной устойчивости / Б. Варданян // Категории, принципы и методы психологии. Психические процессы. – М., 1993. – С. 542-543.
15. Водопьянова Н., Старченкова Е. Психическое «выгорание». Пути преодоления / Н. Водопьянова, Е. Старченкова // Мир медицины. – 2001. – № 9-10. – С. 44-45.
16. Водопьянова Н., Старченкова Е. Синдром выгорания : диагностика и профилактика / Н. Водопьянова, Е. Старченкова. – СПб. : Питер, 2005. – С. 12-20.
17. Водопьянова Н. Синдром выгорания : диагностика и профилактика / Н. Водопьянова, Е. Старченкова. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2009. – С. 334-348.
18. Водопьянова Н. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях / Н. Водопьянова // Психология / под ред. Г. Никифорова. – СПб. : Издательство СПб ГУ, 2000. – С. 343-443.
19. Водопьянова Н. Профессиональное выгорание и ресурсы его преодоления / Н. Водопьянова // Психология здоровья / под ред. Г. Никифорова. – СПб., 2003. – С. 7–57.
20. Гавриленко М. К вопросу о развитии синдрома «выгорания» у врачей-психиатров-психотерапевтов / М. Гавриленко // Архів психіатрії. – 2002. – № 4 (31). – С. 192-194.
21. Гримак Л. П. Общение с собой // Л.П. Гримак. Начало психологии активности. – М., 1991.
22. Диагностика профессионального выгорания (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н. Е. Водопьяновой) // Фетискин Н. П., Козлов В. В.,

- Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – Москва, 2002. – С. 360-362.
23. Еверли Дж., Розенфельд Р. Стресс : Природа и лечение / Дж. Еверли, Р. Розенфельд; При участии Р. Дж. Аллена и др. - М.: Медицина, 1985. - 223 с.
24. Ермак В. Взаимодействие психики человека с окружающим миром / В. Ермак // Соционика, ментология и психология личности. –1997. – №6. – С. 8-16.
25. Журавльова, О. (2020). Методологічні засади дослідження феномену прокрастинації. Проблеми сучасної психології, 48, 88-111.
26. Журавлев И., Тхостов А. Феномен отчуждения : стратегия концептуализации и исследования / И. Журавлев, А. Тхостов // Психологический журнал. – 2002. – №5. – С. 42-48.
27. Засекін С. Психолінгвальні аспекти перекладу словника LIWC / С. Засекін, Н. Безуглова, 2018. – С. 113
28. Зильберман Б. Эмоциональная устойчивость и стресс // Б. Зильберман. Психический стресс в спорте: Материалы Всесоюзного симпозиума, - Пермь, 1973. – С. 138-172
29. Карамушка Л., Зайчикова Т. Проблема синдрома «професійного вигорання» в педагогічній діяльності в зарубіжній та вітчизняній психології / Л. Карамушка, Т. Зайчикова // Актуальні проблеми психології : Т.1. : Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія. – Київ., 2002. – Ч. 5. – С. 72-81.
30. Карамушка Л., Раковчена О. Комплексна оцінка проявів стресу у лікарів в умовах соціально-економічних змін / Л. Карамушка, О. Раковчена // Лікарня в ХХ столітті: організація та управління медичною допомогою : матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф., 5-6 черв. 2008 р. / редкол. : Г. О. Слабкий (відп. ред.) та ін. – Київ, 2008. – С. 120-122.

31. Карвацька Н. Методична вказівка до практичного заняття з основ медичної психології для студентів медичного факультету №3 : [Електронний ресурс] / Н. Карвацька // Режим доступу : [http:// www.bsmu.cdu.ua](http://www.bsmu.cdu.ua)
32. Кириленко О. Психологічні детермінанти професійного стресу у представників професії типу «людина – людина» : автореф. дис...канд. психол. наук : 19.00.03 : [Електронний ресурс] / О. Кириленко. – Київ, 2007. – С. 19-20.
33. Ковальчук В. Емоційне виснаження як провідна детермінанта синдрому вигорання / В. Ковальчук // Проблеми загальної та педагогічної психології : збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АЛЛ України. – Київ, 2001. – Т. 3. – Ч. 6.
34. Козлова О. Тренінг «Преодоление синдрома емоціонального вигорання» / О. Козлова // Психология зрелости и стратегия. – 2003. – №1. – С. 99-117.
35. Кокотова Е. Динамика розвитку емоціонального вигорання у медичинських сестер психіатричних стаціонарів / Е. Кокотова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2006. – № 2. – С. 54-57.
36. Кокотова Е. Профілактика и психокорекція синдрому вигорання у середнього медичного персоналу психіатричних установ / Е. Кокотова // Архів психіатрії. – 2008. – Т. 14 – Вип. 3 (54). – С. 75-78.
37. Косарев В. В., Васюкова Г. Ф. Професійна захворюваність медичинських працівників / В. В.Косарев, Г. Ф.Васюкова // Гігієна и санітарія. – 2004. – №3. – С. 27-38.
38. Кравчук В. та ін. Синдром «професійного вигорання» як індикатор порушення здоров'я працівників окремих спеціальностей / В. Кравчук, В. Кальниш, А. Єна // Охорона здоров'я України. – 2005. – №1-2. – С. 28-32.
39. Купер Г., Девідсон М. Істочники стресса на роботі и їх зв'язь со стрессорами вне ее / / Психосоціальні фактори на роботі и охорона

- здоров'я. / Под ред. Р. Калимо, М. Эль Батави, К. Купера. - М.: Медицина, 1989. - С. 97-107.
40. Лазарус Р. Теорія стресу і психофізіологічні дослідження // Емоційний стрес / Під ред. Л. Леві. - Л.: Медицина, 1970.
41. Ларенцова Л. Исследование видов эмпатии и синдрома выгорания у врачей-стоматологов / Л. Ларенцова // Таврический журнал психиатрии. – 2002. – Т. 6 – № 2 (19). – С. 23-24.
42. Лешукова Е. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики : [Електронний ресурс] / Е. Лешукова // Режим доступу : <http://www.lib.uaru.net/diss/cont/352378.html>
43. Лубяницька І. Профілактика професійного вигорання соціальної сфери / І. Лубяницька, Т. Романець, І. Назаренко // Методичні рекомендації для працівників соціальної сфери та фахівців центрів професійної реабілітації / за ред. М. Авраменка / Режим доступу: <http://www.mlsp.gov.ua>
44. Маклаков А. Загальна психологія // А. Маклаков. – Спб.: Питер, 2001. - 256 с.
45. Максименко К. Психічні стани та особистісна динаміка / К. Максименко // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 8. – С. 54-59.
46. Максимова Н., Максименко С. Синдром емоційного та професійного вигорання у лікарів : [Електронний ресурс] / Н. Максимова, С. Максименко // Режим доступу : <http://health-ua.com/articles/2311.html>
47. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются / К. Маслач // Практикум по социальной психологии / под ред. И. С. Клециной. – СПб. : Питер, 2001. – С. 25-31.
48. Малишева К. Синдром емоційного вигорання психолога-консультанта : психологічні чинники, профілактика та корекція: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 – медична психологія / К. Малишева. – Київ, 2003. – 205 с.
49. Матвієнко О. Культура здоров'я персоналу та синдром психоемоційного «вигорання»: стратегія і тактика подолання : [Електронний ресурс] /

- О. Матвієнко, М. Пересадін, Є. Андросов // Режим доступу : <http://www.personali.in.ua/article.php?ida=433>
50. Матулене Г. О социальной адаптации к деятельности: (краткий обзор зарубежной литературы) / Г. Матулене // Психологический журнал. – 2002. – №5. – С. 108-112.
51. Мироненко Г. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів : [Електронний ресурс] / Г. Мироненко // Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/pzpp/2010.12.1/414-424.pdf
52. Митина Л. Психология труда и профессионального развития учителя // Л. Митина. – М.: Академия, 2004.
53. Михайлов Б., Гавриленко М. Синдром «выгорания» его причины и способы коррекции / Б. Михайлов, М. Гавриленко // Архів психіатрії. – 2001. – №4. – С. 32-37.
54. Никифоров Г., Исаев А., Родионова Е. Психология профессионального здоровья: обзор концепций // Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2019. Том 32. № 2. С. 114–122.
55. Орел В. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии / В. Орел // Проблемы общей и организационной психологи. – 1999. – № 4. – С. 76-97.
56. Орел В. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В. Орел // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22 – № 1. – С. 90-101.
57. Осухова Н. Сгоревшие на работе / Н. Осухова // Здоровье. – 2003. – № 9. – С. 33-34.
58. Осухова Н., Кожевникова В. Возвращение к жизни: Методические материалы для ведущих тренингов и семинаров по профилактике профессионального выгорания / Н. Осухова, В. Кожевникова // Помощь

- помощнику : социально-психологическое сопровождение социальных работников / под ред. Н. Осуховой. – Москва : Амиго-пресс, 2006. – 230 с.
59. Парфенов Ю. Психологическая характеристика профессионального выгорания у врачей-специалистов разных возрастных групп / Ю. Парфенов // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25 – № 4. – С. 736-744.
60. Пырков С., Выговская Е. Сравнительная характеристика эмоционального выгорания у медицинских работников различных специальностей / С. Пырков, Е. Выговская // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 2 (22). – С. 121-124.
61. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : Навчальний посібник // Корольчук М., Крайнюк В., Косенко А., Кочергіна Т.: Заг. ред. М. Корольчука. – К.: Фірма «ІНКОС», 2002. – 272 с.
62. Психологія здоров'я людини : навч. посіб. / Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. ; за ред. І. Я. Коцана. - Луцьк : Вежа-Друк, 2018. – 316 с.
63. Психологія професійної компетентності медичних сестер: адаптаційний вимір [текст] : колективна монографія / О.В. Лазорко, П.Д. Гайдучик, А.М. Лазько [та ін.] ; за ред. Ж. Вірної. – Луцьк : Вежа-Друк, 2015. – 220 с.
64. Пунапова Ю. Профессиональная деформация: понятие и условия возникновения / Ю. Пунапова // Профессиональная деформация и проблемы профессионализма : сб. науч. трудов / ред. В. Подвойский. – 2000. – № 1. – С. 22–24.
65. Райгородский Д. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / Д. Райгородский. – Самара : БАХРАХ, 1998. – С. 161-169.
66. Раковчена О. Особливості стресорних проявів у медичних працівників / О. Раковчена // Психологічні перспективи / за ред. М. Слюсаревського. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волинського національного ун-ту імені Лесі Українки, 2009. – Випуск 14. – С. 128-135.

67. Робертс Г. Профилактика выгорания / Г. Робертс // Обзор современной психиатрии. – 1998. – № 1. – С. 39-46.
68. Ронгинская Т. Синдром «выгорания» в социальных профессиях / Т. Ронгинская // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23 – № 3. – С. 85-95.
69. Росс Л. Человек и ситуация // Л. Росс, Р. Нисбетт. – М. : Аспект-Пресс, 1999. – 429 с.
70. Самоукина Н. Психология и педагогика профессиональной деятельности // Н. Самоукина. – М.: ЭКМОС. 2000. – 281 с.
71. Самохвалов В.П., Мельников В.А., Коробов А.А. Психиатрия, психология, психотерапия, психоанализ: Конспект лекций. Симферополь: Сонат, 1996. – 154 с.
72. Селье Г. Стресс без дистресса // Г. Селье. – Рига: Виета, 1992. – 111 с.
73. Селье Г. На рівні цілого організму // Г. Селье. - М: Наука, 1972.
74. Семенова Н. Балинтовские группы для врачей, работающих с умирающими пациентами : [Электронный ресурс] / Н. Д. Семенова // Режим доступа: <http://www.doctor.ru/onkos/together/conf2.htm#5>
75. Сергеева А. Синдром эмоционального сгорания : [Электронный ресурс] / А. Сергеева // Режим доступа : <http://www.tsale.ru/index.htm>.
76. Силкина А. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом (обзор) / А. Силкина, М. Саншкова, Е. Сергеева // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Т. 4 – № 11. – С. 124-124.
77. Тарасов, Е. Как победить стресс : Для совершеннолетних, общего характера / Е. Тарасов.– М. : Айрис-пресс, 2002.– 352 с.
78. Тертична Н. Довідник секретаря та офіс-менеджера : [наук.-прак., проф. журнал] / засн. і вид. ТОВ «Міжн. центр фін.- екон. розвитку України». – Київ, 2008. – С. 60-68.

79. Труд и здоровье медицинских работников / В. Минаков, Г. Куценко, Е. Сошников и др. ; под ред. В. Овчарова. – Москва : Медицина, 2005. – С. 110-112.
80. Трунов Д. Синдром сгорания: позитивный подход к проблеме : [Электронный ресурс] / Д. Трунов // Режим доступа: <http://hpsy.ru/public/x037.ht>.
81. Управляем стрессом. – Москва: Книги «Искателя», 2002. – 52 с.
82. Федак Б. Синдром професійного вигоряння і його психотерапевтична корекція у медичного персоналу швидкої допомоги: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Б. Федак; Харківська медична академія післядипломної освіти. – Харків, 2009. – 20 с.
83. Франгей О. Як запобігти виникненню синдрому професійного вигорання та локалізувати його наслідки / О. Франгей // Довідник кадровика : щомісячний спеціальний [наук. практ.] журнал / заснов. і вид. : ТОВ «МедіаПро». – Київ, 2008. – № 2. – С. 106-109.
84. Шахов В. Сприяння здоров'ю дітей та молоді : Теоретико методичні аспекти / В. Шахов // Матеріали IV Міжн. соц.-пед. Конференції, Луцьк, 29-30 вересня 2009 р. – С. 631-638.
85. Шелков В. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції : [Електронний ресурс] / В. Шелков // Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/chem_biol/umch/2009_2/pdf/1409_ukr.pdf
86. Щербатих Ю. Психологія стресу та методи корекції / Ю. Щербатих. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.
87. Юрьева Л. Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л. Юрьева. – Київ : Сфера, 2004. – С. 224-230.
88. Bachman W., Udris I. Problems of theory, method and practice in psychological research on load and stress / W. Bachman, I. Udris. – Berlin, 1985.

89. Bauman J. Fatigue, stress, and strain of rubber components. A guide for design engineers / J. Bauman. – Hanser Publishers, 2008.
90. Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
91. Beck A., Steer R., Ball R., Ranieri W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients". *Journal of Personality Assessment*. 67 (3):588-97. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
92. Cai H., Tu B., Ma J., Chen L., Fu L., Jiang Y., Zhuang Q. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID19) in Hubei, China. *Med. Sci. Monit.* 2020;26
93. Chan A., Huak C. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup. Med. Oxf. Engl.* 2004;54:190–196.
94. Cox T. Stress. Basingstoke: Macmillan Education / T. Cox. M.: Medicine, 1978. – C. 216
95. Engel, G. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1), 169-181.
96. Fishman A. (1983). On war and crime. Sh Brenzitz. Nostrand Reinhold Co. N.Y.
97. Folkman S., Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology*. 2000;9:11–19.
98. Hall R., Hall R., Chapman M. The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2008;30:446–452.
99. Higgins, J., Endler N. (1995) Coping, Life Stress and Psychological and Somatic Distress. *European Journal of Personality*.

100. Ho C., Chee C., Ho R. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann. Acad. Med. Singapore*. 2020;49:1–3.
101. Hobfall, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*.
102. Hockey G. (1986). A state control theory of adaptation to stress and individual difference in stress management. Springer: Dordrecht
103. Mariotti A. The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanisms of brain-body communication. *Future Sci OA*. 2015;1(3):FSO23. doi:10.4155/fso.15.21
104. Müller N. Infectious diseases and mental health. In: Sartorius N., Holt R.I.G., Maj M., editors. *Key Issues in Mental Health*. S. KARGER AG; Basel: 2014. pp. 99–113. <https://doi.org/10.1159/000365542>
105. Naushad V., Bierens J., Nishan K., Firjeeth C., Mohammad O., Maliyakkal A. (2019) A systematic review of the impact of disaster on the mental health of medical responders. *Prehospital Disaster Med*. 34:632–643.
106. Selye H. (1936) Syndrome caused by various harmful agents. (*Nature* 138 (3479, July 4): 32.
107. Sim K., Huak, Chan Y., Chong P., Chua H., Wen, Soon S. (2010) Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *J. Psychosom. Res*. 2010;68:195–202.
108. Sinclair, V. G., & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11 (1), 94-101.
109. Sukiasyan S., Tadevosyan A., Chshmarityan S., Manasyan N. (2003). Stress i poststressovyye rasstroystva: lichnost i obschestvo [Stress and Posttraumatic Stress Disorder: Personality and Society]. Er.: Asogik.

110. Tang L., Bie B., Park S., Zhi D. (2018) Social media and outbreaks of emerging infectious diseases: a systematic review of literature. *Am. J. Infect. Control.* 46:962–972.
111. Tausczik, Y. R., & Pennebaker, J. W. (2010). The psychological meaning of words: LIWC and computerized text analysis methods. *Journal of language and social psychology*, 29(1), 24-54.
112. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI J.* 2017;16:1057-1072

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник «Шкала психологічного стресу» PSM-25

(за Лемур-Тесьє-Філіон)

Дата _____ Вік _____ Стаж _____ Стать _____

Відділення _____

Інструкція. Вам пропонується ряд тверджень, що характеризують психічний стан. Оцініть, будь ласка, ваш стан за останній тиждень за допомогою 8-бальної шкали. Для цього на бланку опитувальника поруч з кожним твердженням обведіть число від 1 до 8, яке найбільш точно визначає ваші переживання. Тут немає неправильних або помилкових відповідей. Відповідайте якомога щиріше.

Цифри від 1 до 8 означають частоту переживань:

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

1	Стан напруженості і крайньої схвильованості.	12345678
2	Відчуття клубка в горлі і/або сухості в роті.	12345678
3	Я перевантажений (а) роботою. Мені зовсім не вистачає часу.	12345678
4	Я поспіхом проковтую їжу або забуваю поїсти.	12345678
5	Після роботи я не можу відключитися від думок про незавершені справи, проблеми, плани; я «застрягаю» на переживаннях робочих ситуацій і невирішених питань, обмірковую свої ідеї знову і знову.	12345678
6	Я відчуваю себе самотнім (ою) і незрозумілим (ою).	12345678

7	Я страждаю від фізичного нездужання; у мене запаморочення, головний біль, напруженість і дискомфорт в області шийного відділу, болі в спині, спазми в шлунку.	12345678
8	Я поглинений (а) похмурими думками, змучений (а) тривожними станами.	12345678
9	Мене раптово кидає то в жар, то в холод.	12345678
10	Я забуваю про зустрічі або справи, які повинен зробити або вирішити.	12345678
11	У мене часто псується настрій; я легко можу заплакати від образи або проявити агресію, лють.	12345678
12	Я відчуваю себе втомленою людиною.	12345678
13	У важких ситуаціях я міцно стискаю зуби (чи стискаю кулаки).	12345678
14	Я спокійний (на) і безтурботний (на) *	12345678
15	Мені важко дихати і/або у мене раптово перехоплює подих.	12345678
16	Я маю проблеми з травленням і з кишечником (болі, кольки, розлади або запори).	12345678
17	Я схвилюваний (а), стурбований (а), збуджений (а).	12345678
18	Я легко лякаюся; шум або шерех змушують мене здригатися.	12345678
19	Мені необхідно більш ніж півгодини для того, щоб заснути.	12345678
20	Я збитий (а) з пантелику; мої думки сплутані; мені не вистачає зосередженості і я не можу сконцентрувати увагу.	12345678
21	У мене втомлений вигляд; мішки або круги під очима.	12345678
22	Я відчуваю тяжкість на своїх плечах.	12345678
23	Я стривожений (а), мені необхідно постійно рухатися; я не можу стояти або сидіти на одному місці.	12345678

24	Мені важко контролювати свої вчинки, емоції, настрої або жести.	12345678
25	Я відчуваю напруженість *	12345678

Обробка і інтерпретація результатів. Підраховується сума всіх відповідей - інтегральний показник психічної напруженості (ППН). Питання 14 оцінюється в зворотному порядку. Чим нижчий ППН, тим вищий рівень стресостійкості.

Таким чином включно до 99 балів ми відзначаємо високий рівень стресостійкості, стан психологічної адаптованості до робочих навантажень, адаптивну реакцію на стресори та стресогенні ситуації.

Від 100 до 154 балів виявляємо середній рівень стресостійкості, який характеризується природнім станом психічної напруженості, патологічними проявами тривожності, соматичні та поведінкові показники описуються як стан, адаптивний до праці в цій сфері, але може приводити до психоемоційних розладів.

Суму балів 155 і більше відмічаємо як високий рівень стресу, який свідчить про дезадаптивний стан й психологічного дискомфорту.

Методика «Шкала тривожності Бека»

Дата _____ Вік _____ Стаж _____ Стать _____

Відділення _____

Інструкція. Будь ласка, уважно вивчіть кожен пункт. Відзначте, наскільки Вас турбував кожен з цих симптомів (зовсім не турбував; злегка – не дуже мене турбував; помірно – це було неприємно, але я міг (могла) це переносити; дуже сильно – я насилу міг (могла) це виносити протягом минулого тижня, включаючи сьогоднішній день. Прошу обрати одну з можливих відповідей на кожне запитання. Старайтесь відповідати швидко.

	0.Зовсім не турбує	1.Злегка турбує	2.Середньо турбує	3.Дуже турбує
1.Відчуття оніміння та поколювання в тілі				
2.Відчуття жару				
3.Тремтіння в ногах				
4.Неможливість розслабитись				
5.Страх, що станеться найгірше				
6.Головокружіння				
7.Прискорене серцебиття				
8.Нестійкість, нестабільність				
9.Відчуття жаху, це кінець				
10.Дратівливість				
11.Тремтіння в руках				
12.Відчуття задухи				
13.Нерівна хода				

Додаток Б (продовження)

14.Страх втрати контролю				
15.Труднощі з диханням				
16.Страх смерті				
17.Переляк				
18.Шлунково-кишкові розлади				
19.Непритомність				
20.Прилив крові до обличчя				
21.Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)				

Оцінка рівня тривоги проводиться загальним підсумовуванням балів за всіма пунктами шкали.

Значення до 5 балів включно свідчить про нормальний (оптимальний) рівень тривожності, він розглядається як необхідний для ефективного пристосування до дійсності (адаптивна тривога).

Сума балів від 6 до 8 балів означає низьку вираженість тривоги. Симптоми у цьому випадку загалом фізіологічні та їх часто можна сплутати з соматичними порушеннями.

Кількість балів від 9 до 18 балів означає середній рівень тривоги. Така тривога характеризується тілесними, психічними й поведінковими симптомами. Людина може відчувати такі симптоми протягом тривалого часу.

Значення вище 19 балів свідчить про дуже високу тривогу. За перебігом це тривога, яка триває безперервно і довго.

Методика «Шкала депресії Бека»

Дата _____ Вік _____ Стаж _____ Стать _____

Відділення _____

Інструкція. Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрій на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

A1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим. 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
B2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.	
C3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)	
D4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей.	

Додаток В (продовження)

	<p>2. Я ні від чого не отримую задоволення.</p> <p>3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.</p>	
E5	<p>0. Я не відчуваю відчуття провини.</p> <p>1. Я доволі часто відчуваю провину.</p> <p>2. Я дуже часто відчуваю себе поганою людиною і мене мучить відчуття провини.</p> <p>3. Мене мучить постійне відчуття провини.</p>	
F6	<p>0. Я в основному задоволений тим, ким я є.</p> <p>1. Я незадоволений собою.</p> <p>2. Я гидкий собі.</p> <p>3. Я ненавиджу себе.</p>	
G7	<p>0. У мене не виникає думок про самогубство.</p> <p>1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.</p> <p>2. Я хочу вмерти і планую самогубство.</p> <p>3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.</p>	
H8	<p>0. Я не втратив цікавості до людей.</p> <p>1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.</p> <p>2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.</p> <p>3. Люди мені глибоко байдужі.</p>	
I9	<p>0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.</p> <p>1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.</p> <p>2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.</p> <p>3. Я не в стані приймати жодних рішень.</p>	
J10	<p>0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.</p>	
	<p>1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.</p>	

	2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.	
K11	0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці. 2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати.	
L12	0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я відчуваю себе настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.	
M13	0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту.	

Для оцінки рівня депресії підсумовуються бали по 13 пунктах опитувальника.

Задовільний емоційний стан інтерпретується при сумі до 4 балів.

Значення від 5 до 7 балів охарактеризовує легкий рівень депресії.

Від 8 до 15 балів – середній рівень депресії.

Кількість балів більше 15 описують важку депресію.

Додаток Д

Методика «Шкала психологічної відновлюваності Бека»

(Brief Resilient Coping Scale, адаптована V. Sinclair, K. Wallston, 2004).

Дата _____ Вік _____ Стаж _____ Стать _____

Відділення _____

Інструкція. Оберіть те твердження, яке найкраще описує вашу поведінку та дії.

№		Абсолютно не характерно	Не дуже характерно для мене	І так, і ні	У якійсь мірі характерно для мене	Дуже характерно для мене
1.	Я шукаю нестандартні рішення, щоб змінити важку ситуацію, в якій я опинилася(вся).					
2.	Незалежно від того, які події зі мною стаються, я вважаю, що контролюю свою реакцію на ці події.					

Додаток Д (продовження)

3.	Я вважаю, що коли я вирішую важкі ситуації, це сприяє моєму зростанню.					
4.	Я активно шукаю способи, як компенсувати втрати, яких я зазнаю в житті.					

Інтерпретуючи суму балів від 4 до 13, ми говоримо про низьку психологічну відновлюваність. Такий тип психологічної відновлюваності, який описує нездатність людини відмовлятися від поведінки, яка не відповідає ситуації. Особистість не вміє чи нездатна виробляти або приймати нові оригінальні підходи до розв'язання проблемної ситуації за незмінних принципів і моральних засад життєдіяльності.

Кількість балів в сумі від 14 до 16 охарактеризовує середній рівень психологічної відновлюваності. Поведінка, яка характерна при такому типу відновлюваності перешкоджає успішному функціонуванню особистості в навколишньому середовищі та в професійної діяльності. Залежно від ситуації Особистість має здатність адекватно оцінювати реальну ситуації, і передбачати вирішення даної проблеми, але все це залежить від насиченості стресової ситуації та психологічної гнучкості респондента.

Додаток Д (продовження)

Значення результату від 17 до 20 балів описують високу психологічну відновлюваність, яка характеризується вмінням адаптуватися до стресогенних умов життєдіяльності, не втрачати якість життя у стресових умовах та відновлюватись після них, швидко повертатись у позитивний настрій та продуктивний стан.

Додаток Е
Таблиця Е1

Якість лінійної моделі^b

Модель	R	R квадрат	Скоректований R-квадрат	Стд. помилка оцінки	Дурбин—Уотсон
1	,776 ^a	,602	,576	17,66532	1,839

a. Предиктори: (конст) Відновлюваність, Тривожність, Депресія

b. Залежна змінна: Стресостійкість

Таблиця Е2

Кореляційний аналіз між твердженнями перекладеної методики «Шкала психологічної відновлюваності»

	Прийняття рішення1	Контроль реакцій1	Особистісне зростання 1	Компенсація втрат1	Відновлюваність1	Прийняття рішення 2	Контроль реакцій 2	Особистісне зростання 2	Компенсація втрат2	Відновлюваність2
Прийняття рішення1	1	,36**	-,05	,39**	,72**	,55**	,34*	,30*	,44**	,66**
Контроль реакцій1	,36**	1	,06	,20	,67**	,20	,59**	,28*	,34*	,58**
Особистісне зростання1	-,05	,06	1	,12	,37**	,18	,16	,48**	-,08	,28*
Компенсація втрат1	,39**	,20	,12	1	,70**	,33*	,14	,19	,50**	,53**
Відновлюваність 1	,72**	,67**	,37**	,70**	1	,52**	,50**	,47**	,50**	,83**
Прийняття рішення2	,55**	,20	,18	,33*	,52**	1	,30*	,11	,06	,60**
Контроль реакцій2	,34*	,59**	,16	,14	,50**	,30*	1	,26	-,00	,64**
Особистісне зростання2	,30*	,28*	,48**	,19	,47**	,113	,26	1	,26	,63**
Компенсація втрат2	,44**	,34*	-,089	,50**	,50**	,06	-,00	,26	1	,55**
Відновлюваність 2	,66**	,58**	,28*	,53**	,83**	,60**	,64**	,63**	,55**	1

** . Кореляція значима на рівне 0.01 (2-сторон.).

*. Корреляція значима на рівні 0.05 (2-сторон.).

Індексом 1 позначено показники в результаті першої діагностики, а індексом 2 позначено показники – повторної діагностики інтервалом в 1 місяць

Додаток Ж

Результати тесту однофакторного дисперсійного аналізу

Модель	Сума Квадратів	Ст.св	Середній квадрат	F	Знч.
Регресія	21729,07	3	7243,02	23,21	,00 ^b
Остаток	14354,92	46	312,06		
Всього	36084,00	49			

а. Залежна змінна: Стресостійкість

б. Предиктори: (конст) Відновлюваність, Тривожність, Депресія