

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ГОРЛІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ІНОЗЕМНИХ МОВ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«ДОНБАСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**



«Рекомендована до захисту»  
Протокол № 46 від 17.11.2023 р.  
завідувач кафедри  
Борозенцева Т.В.

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ КОРЕКЦІЇ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ  
СТАНІВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ  
МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

зі спеціальності 014.01 Середня освіта (Українська мова),  
додаткова спеціальність: 053 Психологія  
Освітня програма – Практична психологія

**Виконавець:**  
здобувачка 607-а групи  
факультету соціальної та  
мовної комунікації  
Согоян Владислава Нверівна

**Науковий керівник:**  
к.психол.н., доцент  
Грицук Оксана Вікторівна

**Дніпро – 2023**

## АНОТАЦІЯ

Магістерська робота присвячена вивченню вимог до особистості медпрацівника, впливу професійної діяльності на особистість, психічні стани медичних працівників під впливом пандемії, військової агресії Росії проти України і на цій основі спрогнозовані потенційні емоційні стани. Теоретично проаналізовано особливості медичної професії, вимоги до особистості медпрацівника та умов, в яких сьогодні ними виконуються професійні обов'язки. Визначено зміст і форми створення психокорекційних програм для усунення негативних емоційних станів.

Розроблено і експериментально апробовано психокорекційну програму для усунення негативних емоційних станів у медпрацівників всіх категорій, яка базується на потребах і запитах медиків, доведено її ефективність шляхом контрольної процедури тестування. Констатовано, що розроблена психокорекційна програма для подолання негативних емоційних станів медичних працівників є ефективною у роботі із тривогою, апатією та професійними деформаціями медичного персоналу.

## ANNOTATION

The master's thesis is devoted to the study of the requirements for the personality of a medical worker, the influence of professional activity on the personality, the mental states of medical workers under the influence of the pandemic, Russia's military aggression against Ukraine and, on this basis, predicted potential emotional states. The peculiarities of the medical profession, the requirements for the personality of a medical worker and the conditions in which they perform their professional duties today are theoretically analyzed. The content and forms of creating psychocorrective programs to eliminate negative emotional states are determined.

A psychocorrective program for the elimination of negative emotional states in medical workers of all categories, which is based on the needs and requests of doctors, has been developed and experimentally tested, and its effectiveness has been proven through a control testing procedure. It was established that the psychocorrective program developed to overcome negative emotional states of medical workers is effective in dealing with anxiety, apathy and professional deformations of medical personnel.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	5
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СКЛАДОВОЇ РОБОТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ</b> .....	10
1.1 Психологічні аспекти діяльності медичного персоналу.....	10
1.2. Засоби психокорекції негативних емоційних станів.....	14
1.3. Роль копінгу в процесі формування негативних емоційних станів медиків..	23
1.4 Особливості роботи медиків у військовий час.....	28
Висновки до розділу 1.....	31
<b>РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ</b> .....	33
2.1 Екстремальні умови та професійний стрес працівників медичної галузі ....	33
2.2 Синдром емоційного вигорання та професійної деформації серед медпрацівників.....	36
2.3 Психологічні фактори захисту як протидія синдрому емоційного вигорання.....	43
Висновки до розділу 2.....	45
<b>РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СТРЕСОГЕННИХ УМОВАХ РОБОТИ</b> .....	47
3.1 Характеристика вибірки .....	47
3.2 Характеристика методів та процедури дослідження. Звітні дані.....	49
Висновки до розділу 3 .....	57
<b>РОЗДІЛ 4. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА. ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ПРЕДСТАВНИКІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ</b> .....	59
4.1 Поняття про психокорекцію. Принципи складання психокорекційних програм.....	59

4.2 Особливості психокорекції негативних емоційних станів дорослих людей у скрутних життєвих обставинах.....	61
4.3 Характеристика психокорекційної програми.....	64
4.4 Основний підхід у межах психокорекційної програми для групи досліджуваних.....	64
4.5 Програма психокорекційного впливу на групу досліджуваних.....	65
4.6 Звітні та статистичні дані за проведеним дослідженням емоційного стану медпрацівників після реалізації психокорекційної програми.....	68
Висновки до розділу 4.....	82
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	84
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	87
<b>ДОДАТКИ</b> .....	99

## ВСТУП

Сучасні реалії буття в яких існує і живе народ України змушують розставляти акценти на важливих речах, розставляти пріоритети. Пандемія коронавірусної хвороби COVID-19, загострення політичного конфлікту, погіршення економічної ситуації в країні впливають на всіх без виключення: погіршується фізичне і емоційне здоров'я не тільки пересічних громадян, а й фахівців багатьох галузей, які відчувають свою відповідальність у скрутні часи і вимушені працювати, докладаючи максимум зусиль. Особливої уваги заслуговують фахівці з тих категорій діяльності, які стоять на варті життя і здоров'я цивільних. До цієї категорії відносяться медичні працівники. На сьогоднішній день достеменно відомо, що пандемія COVID-19 виснажила медперсонал, оскільки навички контролю над власною тривожністю, агресією, доступні лише небагатьом. Теоретична значущість дослідження полягає в тому, що ми в процесі дослідження проводиться аналіз психологічних аспектів діяльності медперсоналу; копінг-стратегій, які використовують медики, а також дослідження психічного стану медичних працівників під впливом пандемії COVID-19 і політичної кризи в Україні. Результати даного дослідження можуть слугувати фундаментом для подальших досліджень науковців щодо динаміки стану медпрацівників після того, як ті явища, що ускладнюють життя і роботу фахівців, зникнуть. Не дивлячись на те, що сьогодні на території України активно працюють безліч гуманітарних організацій, які надають безкоштовні консультації, медичні працівники позбавлені часу для того, щоб ними скористатися. Сьогодні існує чимала кількість методів та методик, які можуть визначити психічний стан особистості, їх використовують для проведення якісних та кількісних психологічних досліджень, але вважаємо, що психічний стан медпрацівників необхідно вивчати більш детально, проводячи різноманітні дослідження, створюючи психокорекційні програми для цієї категорії фахівців, від яких залежить здоров'я нації.

**Актуальність роботи** викликана реаліями сьогодення, в яких надає медичну допомогу медперсонал (від молодшої медичної сестри до головного лікаря) по всьому світі, а саме: понаднормові робочі години, робота у вогнищі хвороби, необхідність опанування нових навичок (взяття біоматеріалу на дослідження, процес лікування у вигляді телефонних консультацій, робота у складі мобільних бригад з протидії COVID-19, вивчення основ вакцинації против коронавірусної хвороби специфічними імунобіологічними препаратами), збереження самоконтролю для надання медичної допомоги, постраждалим від військової агресії.

**Об'єкт дослідження:** негативні емоційні стани.

**Предмет дослідження:** засоби психокорекції негативних емоційних станів медичних працівників.

**Мета роботи:** дослідження психічних станів медичних працівників, емоційних чинників їх професійної діяльності та вироблення програми психокорекції для підтримки стану вищезазначеної категорії осіб.

**Завдання роботи:**

1. Проаналізувати психологічні аспекти діяльності медичного персоналу;
2. Дослідити існуючі засоби психокорекції негативних емоційних станів;
3. Проаналізувати копінг-стратегії та фактори захисту, якими оперують медики у своїй роботі;
4. Визначити та сформулювати, якими є симптоми професійної деформації та синдрому емоційного вигорання серед медперсоналу;
5. Розробити програму психокорекції для медпрацівників;
6. Провести низку діагностичних зрізів з метою оцінити якість реалізованих впливів.

В практичній частині дослідження ми використовували наступні методики: методика А. Уесманна і Д. Рікса, методика В. Зунге в адаптації Т. М. Балашової, методика «Шкала астеничного стану» Л. Д. Майкова в адаптації Т. Г. Чортової. Їх перевага у зрозумілості для досліджуваних, відсутності потреби у

додаткових поясненнях; можливості їх проведення у групі медиків одночасно (кожному був наданий окремий бланк для відповідей).

Для досягнення поставленої мети дослідження використані як першоджерела, так і результати останніх досліджень науковців. Загалом, нами був опрацьований матеріал, що складається зі 100 найменувань: книги з психології, монографії, навчальні посібники, статті з журналів та ін.

**Науковою новизною** даного дослідження ми вважаємо те, що нами вивчається вплив на психічний стан медперсоналу саме пандемії COVID-19, загострення політичної ситуації в Україні. Оскільки вищезазначені події відбуваються в Україні сьогодні, великої кількості досліджень за цією темою ще не може бути сформовано.

#### **Основні положення:**

- ✓ Аналіз психологічних аспектів діяльності медперсоналу дозволив сформулювати найбільш вразливі внутрішні конструкти в структурі особистості медпрацівника ;
- ✓ Описані екстремальні умови діяльності медиків взагалі та у добу пандемії та військового конфлікту підкреслили важливість розставлених акцентів;
- ✓ Аналізуючи копінг-стратегії та фактори захисту, які можуть використовуватися медика, зроблені висновки щодо того, які з них є адаптивними;
- ✓ Вивчення симптомів синдрому емоційного вигорання та професійної деформації дозволило спиратися на них під час обробки результатів практичної частини дослідження;
- ✓ Розроблена програма психокорекції з метою подолання негативних станів медпрацівників із подальшою перевіркою якості здійснюваних впливів.

Теоретична значущість дослідження полягає у тому, що до етапу реалізації даного наукового дослідження психологічна спільнота (в межах України) могла оцінювати лише загальну інформацію стосовно того, як змінилися психічний стан медпрацівників, приблизні показники цих змін. Було лише встановлено, що напруга зростає в однаковому напрямку: зростання напруги серед населення

призводить до зростання напруги серед медичної спільноти. Користуючись результатами даної роботи стає можливим створення різноманітних психокорекційних програм, проведення аналогічних досліджень у колективах і т. д.

Практична значущість дослідження та отриманих в ході нього результатів полягає в тому, що результати дослідження, створена програма психологічної корекції дозволяють розширити поле для подальших дослідів, вдосконалити існуючу психокорекційну програму. В ході реалізації експериментального етапу дослідження було встановлено, що створена психокорекційна програма для подолання негативних емоційних станів у групі медиків довела свою ефективність у боротьбі із тривогою, апатією, відсутністю впевненості у собі. Найбільш доречним є її застосування у групі у вигляді тренінгових занять.

Логіка дослідження зумовила подальшу структуру роботи, яка складається зі вступу, чотирьох розділів: два теоретичних і два практичних розділи (з висновками до них), (загальних) висновків, списку використаних джерел зі 100 найменувань та додатків (первинні дані використаних діагностичних методик, програми психокорекції, таблиць).

Головні результати наукового дослідження були викладені на міжнародній практичній конференції «Пріоритети розвитку педагогічних та психологічних наук у XXI столітті», яка відбулась у місті Одесі 19-20 березня 2021 року з теми: «Дослідження психічного стану та індивідуально-психологічних особливостей медичних працівників», на міжнародній конференції «Психологічна наука та практика XXI століття», яка проходила у місті Львів 26-27 березня 2021 року (секція «Загальна психологія») з теми: «Дослідження психічного стану та індивідуально-психологічних особливостей медичних працівників» та на I Всеукраїнській науково - практичній конференції «Література, психологія, педагогіка у ракурсах взаємодії», яка відбулась у місті Бахмут 4-5 листопада 2021 року з теми: «Емоційні чинники професійної діяльності медичних працівників»; на міжнародній науково-практичній конференції «Євроінтеграційні процеси в Україні: історичні, культурні, політико-правові та психологічні аспекти» 12-13



квітня 2023 р. і VIII науково-технічній конференції студентів, магістрантів, аспірантів та молодих вчених ДонНАБА 25 квітня 2023 р. з теми «Психологічні засоби психокорекції негативних емоційних станів медичних працівників», на Міжнародній науково-практичній конференції 15-16 червня 2023 р., м.Херсон «Актуальні проблеми викладання освітніх компонентів соціально-гуманітарного спрямування у вищій школі».

Загальний обсяг роботи: 158 сторінок.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СКЛАДОВОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

## 1.1 Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. Емоційна складова особистості медичного працівника

Медична галузь – сфера людської діяльності, яка поєднує в собі безліч вимог до особистості медичного працівника на всіх рівнях: від молодшої медичної сестри або медичного брата до керівника лікувальної установи. Ці вимоги стосуються низки спеціальних знань, а також певних душевних якостей, інтуїції та нестандартного мислення. Щодня громадяни звертаються по медичну допомогу і розраховують отримати не тільки базовий огляд і призначення ліків за певним шаблоном, а й індивідуального підходу до себе, чуттєвості і можливості поділитися з лікарем та медичною сестрою тим, що не скажеш навіть найближчим людям. Це означає, що лікарі, медичні сестри і навіть медичний реєстратор повинні щоразу мобілізувати власну професійну підготовку, що передбачає актуалізацію накопичених знань і адекватний психологічний настрій.

Наразі суспільство докорінно змінилося. Людям доводиться жити в умовах пандемії коронавірусної хвороби, тому їх візити до лікувальних установ все частіше не пов'язані із профілактичними мірами. Паралельно відбуваються неминучі процеси глобалізації професії із суміжними галузями, але в існуючих умовах життя, на нашу думку, падіння рейтингу даної професії не відбудуватиметься ще довгі роки за тих причин, що пандемія прогресує.

Важливо відзначити, що до виникнення пандемії медичний персонал постійно стикається зі стресом на робочому місці. Стрес можливо подолати, але на це потрібен найважливіший ресурс, яким медики не можуть оволодіти повною мірою – це час. Поступово стрес змінюється постійною тривогою і трансформується у тяжкі психічні розлади: депресія, синдром емоційного вигорання, у найбільш вразливих медиків може виникнути адиктивна поведінка.

Певний час існує думка, що сама по собі професія медичного працівника стимулює виникнення хворобливих станів. Це простежується у погіршенні соматичного стану здоров'я лікарів (постійні роздуми щодо рішень, які ними приймаються), розвиток схильності до різного роду залежностей (наркотична, алкогольна, тютюнова та ін.), розвиток схильності до скоєння самогубств.

Умови професійної діяльності медика, що зводяться до особливостей робочого середовища та спрямованості праці, розкривають більшу частину несприятливого впливу, але не всю. Лєвова доля негативного впливу припадає на психічну діяльність медиків, оскільки у своїй роботі вони вимушено виконують роль психолога.

Розглянемо психологічні чинники, котрі мають безпосередній вплив на психічний стан медичного працівника:

1) Емоційний чинник. Емоції амбівалентні, тому варіюються від задоволення з приводу успішно проведеного лікування до пригнічення через помилки в діагнозі, напруженість діяльності, втома, розчарування в професії тощо.

2) Соціально-психологічний чинник. У цьому випадку головну роль відіграє престиж роботи. Досить часто зустрічається невизнання здобутків лікаря цого безпосередніми керівниками, обмеження його права на свободу вибору плану лікування, неповажне ставлення лікарів або пацієнтів до медичних сестер.

3) Особистісний чинник. Особистість медичного працівника має бути зрілою і володіти механізмами психологічного опору. Проте мало хто за часів студентства замислюється над цим питанням. Щодня медичні працівники стикаються з безліччю морально-етичних проблем, розв'язання яких багато в чому залежать від їхніх індивідуальних якостей. Надчутливі люди, беручи все близько до серця, ризикують отримати професійну деформацію та емоційне вигорання. Тільки зріла, цілісна особистість зможе впоратися з подібними труднощами.

4) Чинник середовища. Атмосфера у колективі має великий вплив на особистість медика. Чіткий розподіл вторинних професійних обов'язків (чергування, виступи перед аудиторією, прорахунок кошторису окремого підрозділу лікувальних установи), можливість користуватися сучасними медичними технологіями, прогресивними методами лікування дозволяють фахівцеві почуватися комфортно і максимально розкрити свій потенціал.

Детальніше розглянемо емоційний чинник у професійній діяльності медиків, емоції – це «індикатор» психологічного стану особистості. Вони істотно впливають на перебіг психічних процесів і поведінки людини, визначаючи спрямованість уваги, особливість сприйняття навколишнього світу.

Вивчення проблеми емоційних переживань особистості зосереджується в точці перетину багатьох дисциплін: від фізіології і медицини до психології, соціології та політики. Це зумовлено, з одного боку, фізіологічними і психологічними механізмами стрес-реакцій, а з іншого – соціальним характером наслідків професійних стресів.

Вимоги, які наукове суспільство висуває до медичних працівників, досить суперечливі. Це існувало ще за часів античності і продовжується дотепер. Поряд з емпатійністю і толерантністю медики повинні бути й емоційно стійкими, а надмірна емоційність та загальмованість є перешкодою для здійснення чітких і швидких дій.

Професія медичного працівника – «допомагаюча» професія, саме тому ми можемо зробити логічний умовивід, що сам суб'єкт діяльності є первинним інструментом своєї роботи. Як ми знаємо, інструменти мають тенденцію до зношування. В будь-якому іншому випадку інструментарій підлягає ремонту або заміні на новий, але не в ситуації, коли цим інструментом є жива людина, яка сповнена бажанням допомагати людям, співчувати їм.

Серед властивостей, що характеризують емоційну сферу медичних працівників є пластичність поведінки, емоційність та емпатія, соціальна зрілість особистості, емоційна стійкість, саморегуляція тощо. Впевненість пацієнта в досвідченості медичного персоналу значною мірою забезпечує позитивний

результат лікування. Довіра пацієнта до медичного працівника – необхідна умова та показник нормальних взаємин.

Важливою складовою емоційної сфери медичних працівників - це стан постійної готовності надати допомогу, вміння мобілізувати всі свої сили, які супроводжуються високим почуттям професійного обов'язку. Окрім того, характер емоційних хвилювань медика змінюється шляхом формування в нього соціальних мотивів діяльності (прагнення зробити щось корисне не лише для себе, а й для інших). Під впливом подібної діяльності в особистості виникають нові емоційні переживання.

Емпатія – важлива ознака в структурі особистості медика, але ці почуття повинні відходити на другий план перед зосередженістю волі та розуму, холоднокрівністю в деяких випадках (найчастіше це благаання пацієнта не робити ін'єкцію, що спричиняє біль і т.д.).

Ще одним аспектом спрямованості професійної діяльності фахівців медичної галузі є самосвідомість. Самосвідомість проявляється в різних формах. Так, самоаналіз, самооцінка, самокритика – це пізнавальний аспект психічної діяльності особистості, тоді як самолюбство, самовпевненість, скромність, почуття відповідальності, власної гідності – емоційна сторона психічної діяльності особистості. Саме стриманість, самовладання, самоконтроль, ініціатива, самодисципліна пов'язані з вольовою стороною психічної діяльності медиків.

Однією з найважливіших якостей медичного працівника є емоційна стійкість. Одним із найважливіших виявів емоційного стану особистості є настрій. Значення настрою полягає в тому, що він виступає у ролі чинника соціальної орієнтації та діяльності особистості. Настрій – це «акумулятор» всієї інформації, яка сприймається і переробляється індивідом за одиницю часу. Нестійкість настрою лікаря або медичної сестри, зазвичай, пов'язана із сукупністю найрізноманітніших вражень від зовнішніх чинників і переживань. На формування емоційного фону будь-якої особистості впливають різноманітні турботи, ображене самолюбство, докори сумління. Будь-яка з цих емоцій

помітна пацієнтам і вони можуть заважати нормальній діяльності фахівця. Якщо медичний працівник не в змозі подолати такий настрій, то це може спричинити здійснення непрофесійних медичних дій. Ставлення медичного працівника до пацієнта не може визначатися лише емоціями. Поведінка медика, особливо коли він змушений діяти швидко і рішуче, інколи здається пацієнтам байдужою, а сам медичний працівник – відчуженим.

## 1.2 Психокорекція емоцій. Ефективність застосування психокорекційного впливу з метою корекції емоційного стану особистості

На сьогоднішній день психологічна культура кожної людини є безперервно розвивається, але все ж у деяких ситуаціях незамінна допомога психологічної науки, її практичної частини, у вирішенні складних завдань. Психологічна допомога зазвичай включає у собі: психодіагностику, психокорекцію, психотерапію, психологічне консультування, профорієнтацію та ін.

Емоційна сфера людини - це широкий спектр її переживань та почуттів. У її структуру емоцій входить як суб'єктивний компонент, що виражається як відбиток стану людини, а й пізнавальний компонент, тобто відображення явищ і об'єктів, що мають певне значення для мотивів, потреб, цілей людини, яка переживає емоції. Має місце бути подвійній обумовленості емоцій – з одного боку, потребами людини, його ставлення до об'єкта емоцій, з другого – його здатністю зрозуміти і транслювати певні властивості цього об'єкта.

Емоції відображують актуальний стан людини на даний момент, так і відображають явища і об'єкти людини, яка переживає емоції, що мають відношення до її мотивів, потреб, цілей.

Як нам уже відомо, вимоги до особистості медичного працівника такі, що йому практично завжди необхідно бути стабільним у плані прояву власних емоцій, крім цього, не забуваючи про навички емоційного інтелекту. По мірі поширення пандемії коронавірусної хвороби світом, медики безперечно відчули

на собі, що обсяг роботи та градієнт відповідальності помітно зросли. Такий стан справ неодмінно ведуть до різного роду перекосів в емоційній сфері у вигляді тривоги, що посилюється, напрузі, невпевненості у своїх силах і виникненні стресу.

У контексті цього дослідження ми маємо на меті вивчити діапазон можливостей психокорекції у питаннях врегулювання негативних емоційних станів. Це необхідно для того, щоб зрозуміти, як надавати психологічну допомогу медичному персоналу в актуальних умовах роботи. Ми припустили, що медики відчують певний рівень тривоги та напруження, пов'язаний із посиленням відповідальності та обсягу роботи. Все вищезгадане часто призводить до стресу.

Під поняттям «стрес» мається на увазі комплексна неспецифічна реакція організму людини на несприятливі впливи, що допомагає пристосовуватися до змін навколишньої дійсності. Реан [10] визначає емоційний стрес як психічний стан людини, що виникає у відповідь на різноманітні екстремальні дії. В даний час стало модним вживати термін "емоційна напруга" замість терміну "стрес". Стрес - це напруга, яка має лише ступінь виразності. Вчені працюють над тим, щоб надати стресу якісного специфічного змісту. Адже сильна емоційна напруга може виникати, коли людина горює, гнівиться, жахається і під впливом задоволення. Розуміння стресу як загальної захисної реакції притаманне більшості вітчизняних авторів. Стрес - це комплексна реакція, оскільки зачіпає в організмі нерозривно пов'язані між собою соматичну та психічну. Важливо, що адаптаційну реакцію здатні викликати як ті події, що зазвичай вважаються стресовими (втрата близьких, конфлікт, захворювання, тощо. буд.), та й такі, що викликають позитивні емоції (свята, примирення, перемога у змаганні тощо). Негативні наслідки стресів впливають на фізичне здоров'я людини у вигляді м'язових «зажимів», оскільки будь-яка негативна емоція викликає скорочення певної групи м'язів. М'язові «зажими» – це залишкові явища напруги, що виникають через негативні емоції і нереалізовані бажання. Нагромаджуючись, вони створюють так званий «м'язовий панцир». Якщо вплив стресу тривалий чи

інтенсивний, необхідно допомогти організму відновити витрачені ресурси. Зробити це можна через розвиток навичок саморегуляції та стресостійкості.

Абсолютно всі види тривожного розладу зменшують працездатність, заважають професійній діяльності та соціальним контактам, оскільки вся увага людини зосереджена на джерелі тривоги. Чим довше людина, а в даному випадку медичний працівник, перебуватиме в такому стані, тим сильніше це відбиватиметься на результатах його роботи та самопочутті.

Психокорекція має справу з вже сформованими якостями особистості чи видами поведінки і спрямована не на їх формування, а на переробку. Як об'єкти корекційного впливу можуть виступати сім'я, особистість чи група.

Більш детальну класифікацію наведемо у третьому розділі роботи, а зараз розглянемо компетенції психокорекції у врегулюванні різноманітних емоційних станів людини.

Спеціальна психокорекція є комплексом методик, прийомів і організаційних форм роботи з клієнтом або групою клієнтів одного віку, що є найбільш ефективними для досягнення конкретних завдань формування особистості або окремих її властивостей або психічних функцій, що проявляються в ускладненій адаптації та поведінці, що відхиляється від умовної норми (агресивність, невпевненість тощо).

Осипова А. А. [5] виділяє такі методи практичної корекції, які успішно працюють з емоціями у тому числі:

1. Арттерапія. Вперше став використовувати Адріан Хілл [5] з 1938 року. Це спеціалізована форма психотерапії, яка заснована на образотворчому мистецтві та творчій діяльності. Основна мета: крізь розвиток здатності самовираження та самопізнання отримати гармонізацію розвитку особистості. Як матеріали використовуються крейда, клей, фарби, глина і т. д. Основна техніка арттерапевтичного впливу - це техніка активної уяви, яка спрямована на зіткнення віч-на-віч свідомого і несвідомого і за допомогою взаємодії на рівні емоцій прибрати конфлікт. Найбільш ефективно використовується для психологічної корекції невротичних та психосоматичних та невротичних



порушень як дітей, так і дорослих, а також підлітків з труднощами у навчанні та соціальній адаптації при внутрішньосімейних конфліктах. Арттерапія групи дає вихід сильним емоціям, внутрішнім конфліктам, сприяє підвищенню самооцінки клієнта, здатності усвідомлювати свої відчуття провини і почуття, допомагає при інтерпретації витіснених переживань, дисциплінує групу, розвиває художні здібності. Показаннями щодо арттерапії як малюнкової терапії є: актуальний стрес, зниження емоційного тону, депресія, лабільність, проблеми емоційного розвитку, підвищена тривожність, страхи, фобічні реакції.

2. Музикотерапія. Даний метод застосовує велику кількість різноманітних методик як цілісного, так і ізольованого способу використання музики. Музика використовується:

1. як основний та провідний фактор впливу (прослуховування музичних творів, групове та індивідуальне музикування);

2. як доповнення для збільшення ефективної дії інших корекційних прийомів музичним супроводом. Приклад цього може бути об'єднання музики з рухом і танцем. Також вплив мають музичні інструменти: найбільш сильним і комплексним впливом на людину має орган - клавішний духовий інструмент з потужним звучанням, що гармонізує психічний та емоційний стан людини, звільняє від нав'язливих думок, занепокоєння, страхів. Музикотерапію ефективно використовують у корекції страхів, відхилень у поведінці, емоційних відхилень, при комунікативних труднощах, психосоматичних захворювань та ін. Ключовий фактор ефективності музикотерапії-правильний вибір музичної програми.

3. Бібліотерапія. В. М. М'ясищев [34] так охарактеризував методику бібліотерапії: «є складне поєднання книгознавства, психології, психотерапії, психокорекції». Бібліотерапія – спеціальний корекційний вплив з метою нормалізації чи оптимізації психічного стану клієнта за допомогою читання спеціально підібраної літератури. Корекційне читання від просто читання відрізняється своєю спрямованістю на ті чи інші психічні стани, процеси, властивості особистості: нормальні - для їхнього врівноваження, змінені - для їх

нормалізації. Корекційний вплив читання проявляється в тому, що ті чи інші образи та пов'язані з ними потяги, думки, почуття, бажання, засвоєні за допомогою книги, замінюють тривожні почуття та думки або спрямовують їх до нових цілей, за новим руслом. Бібліотерапія під час корекційних заходів, що носять вузьку спрямованість, може застосовуватися і як допоміжний метод для вирішення приватних завдань: при емоційно-стресових порушеннях, корекція дитячо-батьківських відносин тощо. Бібліотерапія рекомендується як в індивідуальній, так і в груповій формі дітям та дорослим з проблемами особистісного та емоційного плану.

4. Танцювальна терапія. Застосовується у роботі з людьми, які мають порушення спілкування, емоційні розлади, проблеми у міжособистісній взаємодії. Цей вид взаємодії стимулює сильні емоції. Мета: розвиток навичок спілкування, створення позитивного образу тіла, розвиток усвідомлення власного тіла, дослідження почуттів та набуття групового досвіду. Основне завдання груп танцювальної терапії є здійснення спонтанного руху. Танцювальна терапія розвиває рухливість та зміцнює сили як на психічному, так і на фізичному рівні. Головна установка танцювальної терапії-руху відбивають особистісні риси.

5. Проективний малюнок. Малювання розвиває чуттєво-рухову координацію. Його перевага у цьому, що вимагає узгодженого участі багатьох психічних функцій. Малюючи, клієнт дає вихід своїм бажанням, почуттям, мріям, перебудовує свої відносини в різних ситуаціях і безболісно стикається з деякими травмуючими, неприємними образами, що лякають. Таким чином, малювання постає як спосіб моделювання взаємовідносин та вираження різноманітних емоцій, у тому числі і негативних, як спосіб розуміння навколишньої дійсності та своїх можливостей. Малювання широко використовують при корекції неврозів, страхів, зі зняттям психічного напруження, стресових станів. Проективний малюнок може використовуватись як у груповій роботі, так і в індивідуальній. Основне завдання проективного малюнка полягає у виявленні та усвідомленні трудновербалізованих проблем.

6. Твір історій. Твір історій, оповідань використовується для того, щоб перетворити внутрішнє занепокоєння на конкретний образ і надихнутися у творчості, для поживлення почуттів клієнта, вербалізації образів, асоціацій, символів, якими володіє клієнт. Цей метод може використовуватися в індивідуальній та груповій формах роботи. Психолог, використовуючи групову форму роботи, має враховувати готовність клієнта чимось широко творчо поділитися. Літературний твір координує, дисциплінує розум та руку; уява використовується клієнтом над вигляді мрій і фантазій, а творчій формі. Деякі автори зазначають, що звільнення від цих переживань відбувається через вербалізацію внутрішніх переживань клієнта. Тому процес написання оповідань, творів, щоденникових записів сприяє усвідомленню внутрішнього конфлікту клієнта та звільнення від багатьох переживань.

7. Казкотерапія – метод, який використовує казкову форму для розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, інтеграції особистості, удосконалення взаємодій з навколишнім світом. Тексти казок викликають у дітей, і у дорослих інтенсивний емоційний резонанс. Корекційні функції казки: символічне відреагування фізіологічних та емоційних стресів; психологічна підготовка до напружених емоційних ситуацій; прийняття у символічній формі своєї фізичної активності. Перемога добра в казках забезпечує дитині психологічну захищеність - все закінчується добре, що б не відбувалося у казці. Випробування, що випали на долю героїв, допомагають їм стати розумнішими, сильнішими, добрішими, мудрішими. Таким чином, дитина засвоює, що все, що відбувається в житті людини, сприяє її внутрішньому зростанню. Систему "казкотерапевтичної психокорекції" запропонувала Т.Д. Зінкевич-Євстигнєєва [9].

8. Лялькотерапія. Є приватним методом арттерапії і заснований на процесах ідентифікації дитини з улюбленим героєм казки, мультфільму, і з улюбленою іграшкою. Лялькотерапія широко використовується для покращення соціальної адаптації, для роботи з дітьми, які мають емоційну травму, вирішення

інтра- та інтерперсональних конфліктів, при корекційній роботі зі страхами, заїканням, порушеннями поведінки.

9. Психогімнастика. Це спосіб, у якому учасники спілкуються без допомоги слів і проявляють себе. Це ефективний засіб оптимізації соціально-перцептивної сфери особистості людини. Психогімнастика - це курс спеціальних занять, вкладених у розвиток і корекцію різних сторін психіки людини як емоційно-особистісної, так і пізнавальної сфери. Психогімнастика передбачає вираження емоційних станів, переживань, проблем з допомогою рухів, міміки, пантоміміки; дозволяє клієнтам спілкуватися без допомоги слів та виявляти себе. Це метод реконструктивної психокорекції, метою якого є зміна та пізнання особистості клієнта. Психогімнастика включає три частини, що характеризуються самостійними завданнями і власними методичними прийомами: підготовчу, пантомімічну і заключну. Підготовча частина психогімнастичного заняття починається з вправ, спрямованих на розвиток уваги; зняття напруги; скорочення емоційної дистанції між учасниками групи, розвиток співробітництва та взаємодопомоги. На початку роботи групи тривога, напруга, скутість клієнта, страх перед неформальними контактами в незвичній ситуації посилюються і необхідні вправи, спрямовані на подолання саме цих явищ, тому підготовчій частині може приділятися більше половини часу всього заняття, а іноді й все заняття. Пантомімічна частина психогімнастичного заняття проводиться у зрілій психокорекційній групі. У заключній частині добре взяти вправи з підготовчої частини, які допомагають пережити почуття спільності. У результаті, вправи психогімнастики призводять до підвищення згуртованості групи, зростання довіри та впевненості, зняття напруги, що могло виникнути у зв'язку зі значимістю емоцій, які супроводжували цю частину занять.

10. Психодрама - це метод групової роботи, що представляє рольову гру, під час якої створюються умови для спонтанного вираження почуттів, пов'язаних із найбільш важливими для клієнта проблемами, використовується драматична імпровізація як спосіб вивчення внутрішнього світу учасників групи. Психодрама ґрунтується на ігровому принципі. У результаті розігрування

ситуації, зміст якої зосереджено проблемах людини, йому пропонується у грі роль героя. Він має можливість у спрямованих психологом імпрровізаціях вільно висловлювати свої почуття, інші актори виконують ролі головних персонажів його реального життя. Мета психодрами - діагностика та корекція емоційних реакцій неадекватних станів та їх усунення, поглиблення самопізнання відпрацювання соціальної перцепції. Психодрама допомагає клієнту розкрити глибинні емоції більш дієво та яскраво, ніж це дозволяють зробити інші методи, що базуються на словесному описі переживань. Найбільш ефективно використовується психодрама в комплексі з іншими методами групової роботи (психогімнастика, групова дискусія), оскільки сприяє досягненню усвідомлення, перешкоджає зайвої інтелектуалізації та раціоналізації, допомагає клієнту висловити емоції, що важко вербалізовані.

Осипова А.А. [5] виділяє дві форми практичної корекції: індивідуальна та групова. У разі індивідуальної психокорекційної роботи психолог працює за відсутності сторонніх осіб із клієнтом віч-на-віч.

У другому випадку він працює з групою клієнтів, які в психокорекційному процесі взаємодіють один з одним також як з психологом. У груповій корекції при тих самих завданнях, групова більше акцентується на міжособистісному аспекті, а індивідуальна - на генетичному, але з виключеннями. Ми у своїй роботі зупинимося докладніше на груповій формі, оскільки нам необхідно надати психологічну допомогу групі медиків.

У процесі групової психокорекції задля досягнення цілей використовується вся сукупність взаємодій та взаємовідносин, що виникають між усіма учасниками групи, включаючи психолога, тобто групова динаміка. Основним її інструментом є група клієнтів. Групова психокорекція не є самостійним напрямом психокорекції.

Психокорекційні групи можуть бути орієнтовані переважно на керівника (групи тренінгу умінь) чи її членах (групи зустрічей). Використання групової динаміки спрямоване на те, щоб всі учасники мали можливість себе проявити, а також на створення системи зворотного зв'язку, що дозволяє клієнту глибше і

адекватніше зрозуміти себе самого, побачити власні неадекватні установки та відносини, емоційні стереотипи поведінки, що виявляються в міжособистісній взаємодії, і змінити ці стереотипи в атмосфері взаємного прийняття та доброзичливості. Згідно з А. Адлером [23], група є відповідним контекстом для виявлення та корекції емоційних порушень. Цілі та завдання групової психокорекції як методу, орієнтованого на особистісну зміну, певною мірою різняться, що залежить від теоретичних уявлень про особистість та природу її порушень.

В емоційній сфері групова психокорекція здатна допомогти клієнту:

- 1) пережити в групі почуття, які він часто відчуває в реальному житті, відтворити такі емоційні ситуації, які були у клієнта насправді та з якими раніше йому було важко впоратися, пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій;
- 2) отримати емоційну підтримку з боку психолога та групи, що призводить до ослаблення захисних механізмів, зростання відкритості, активності та спонтанності, до відчуття самоцінності;

Загалом, в емоційній сфері завдання корекції зводяться до емоційної підтримки клієнтом та формування їм сприятливішого ставлення до себе; безпосереднього переживання і усвідомлення нового досвіду групи і себе; переживання наново та усвідомлення минулого емоційного досвіду, та отримання нового емоційного досвіду групи; точного розпізнавання та вербалізації власних емоцій;

Осіпова А. А. [17] виділяє такі види корекційних груп:

1. Тренінгові групи. У її контексті можливе вирішення труднорозв'язних у реальному житті завдань. Кінцева мета - навчити учасників застосовувати у реальному житті отримані на заняттях навички та знання. Окремі етапи включають навчання тому, як вчитися: уявлення самого себе, зворотний зв'язок і також експериментування. Роль тренера полягає у залученні учасників до спільної роботи з дослідження їх поведінки та взаємовідносин, потім

організувати груповий процес та від директивного керівництва непомітно усунутись.

2. Соціально-психологічний тренінг. Один із методів психологічного впливу та активного навчання, що здійснюється в процесі інтенсивної взаємодії у групі та спрямованого на підвищення компетентності у сфері комунікації, в якому загальний принцип активності учня доповнюється принципом рефлексії над поведінкою інших учасників групи та власною поведінкою. Загальна мета СПТ- підвищення компетентності у сфері спілкування конкретизується різними завданнями, які вирішуються в його процесі. Він може набувати різних форм, що залежить від пріоритету завдань, на які спрямований СПТ.

3. Також автор виділяє групову дискусію як метод групової роботи: групова дискусія є методом групової психокорекції. У центрі аналізу – вербальний матеріал. Застосовується цей метод з метою встановлення взаємовідносин групи, розвитку, навчання, соціальної та психотерапевтичних цілях. За процедурою групова дискусія є обговорення всією групою будь-якої проблеми, кінцевою метою даного обговорення є досягнення спільної думки щодо основної теми. У ході дискусії відбувається колективне обговорення інформації щодо поставленої проблеми, зіставлення думок, оцінок. Використовується групова дискусія з метою корекції особистісних проблем чи міжособистісних стосунків. Залежно від цього розрізняють: інтеракційну, біографічну, тематичну дискусію. Зазвичай провідною є інтеракційна орієнтація дискусії, оскільки вона забезпечує реалізацію одного з найважливіших чинників цього методу - зворотного зв'язку та визначає специфіку групової психокорекції як методу, заснованого на використанні групової динаміки.

### 1.3 Роль копінг-стратегій в професії формування негативних емоційних станів медиків

Проблема психологічної адаптації є досить актуальною у сучасних умовах праці медичних працівників, оскільки безліч обов'язків, які ними виконуються

вимагають від цих людей засвоїти навички психологічного, зауважимо, конструктивного захисту. Виходячи з того, що свої вимоги ставить ще й професійне середовище, у якому їм доведеться працювати, то розуміння чинників, що впливають на ефективність процесу адаптації і на збереження рівноваги в системі «суб'єкт праці – професійне середовище», має велике значення для вибору шляхів і засобів управління процесом професійної адаптації.

Вивчення чинників, що сприяють успішній професійній адаптації - домінуючий напрямок прикладних психологічних досліджень. Оскільки ця сфера пов'язана з успішністю реалізації головної форми людської активності – трудової діяльності, а також збереження психічного здоров'я особистості, то її дослідження буде дуже важливим. З огляду на це, перед науковцями та дослідниками постає важливе завдання – дослідити копінг-стратегії як чинників успішності адаптації медичних працівників в сучасних умовах діяльності.

На пострадянському просторі копінг вивчається у контексті стресу. Його розглядають як стабілізуючий чинник, який допомагає особистості підтримувати психосоціальну адаптацію під час стресу. Вебер [19] вважав, що копінг забезпечує підтримку фізичного, психічного здоров'я і задоволеності соціальними відносинами.

Існують три основних підходи до тлумачення поняття «копінг»:

1. Як один із способів психологічного захисту для послаблення напруги;
2. Як відносно постійна схильність відповідати на стресові події певним чином;
3. Як динамічний процес зіткнення суб'єкта з зовнішнім світом, який визначається особливостями їх взаємодії на різних стадіях його розвитку.

Отже, копінг-стратегії - важливий внутрішній ресурс.

Б. Г. Ананьєв [3] відокремив чинники успішності перебігу адаптації:

- a) Суб'єктивні (вік, стать, фізіологічні та психологічні характеристики);
- b) Середовищні (умови праці, режим і характер діяльності, особливості соціального середовища).



Порушення рівноваги в системі «людина – професійне середовище» М. А. Дмитрієва [18] вбачає в змінах будь-якої з характеристик як суб'єкта праці, так і професійного середовища. Деадаптація виникає внаслідок накопичення впливу різноманітних зовнішніх і внутрішніх стрес-факторів.

А. Г. Маклаков [39] розглядає таке важливе, на нашу думку, поняття як «адаптаційний потенціал особистості», який оцінює рівень адаптаційних ресурсів, здібностей особистості.

Критерієм адаптованості виступають показники, за якими оцінюється міра відповідності адаптаційних можливостей особистості тим вимогам, які пред'являє діяльність.

Показники адаптованості:

- 1) Внутрішні: психофізіологічні затрати на досягнення результату і задоволеність результатами діяльності;
- 2) Зовнішні – можливості індивіда зберігати ефективність діяльності на тлі зміни умов її перебігу.

Робимо припущення, що професійні та організаційні стрес-фактори є перешкодами для самореалізації особистості. У разі їх подолання відбувається актуалізація особистісних ресурсів і знаходженню свого місця в суспільстві і сенсу життя. Якщо фахівцем використовуються неконструктивні стратегії подолання труднощів, людина не відчуває задоволення в саморозвитку, в досягненні цілей. Саме переживання задоволеності і особисті успіхи сприяють подоланню деадаптації.

Копінг-поведінка має дві основні функції:

- 1) рішення актуальної проблеми та регулюванні емоцій, що виникають під дією стресора.
- 2) Копінг спрямований або на наближення до стресора або уникання стресора проявляються на когнітивному, емоційному і поведінковому рівнях.

Реагування на складні ситуації може відбуватися двома способами: свідомі копінг-стратегії та автоматичні механізми психологічного захисту. Перші з них активні тоді, коли є можливість діяти довільно, а використання механізмів

психологічного захисту відбувається тоді, коли ситуація не дає вибору і змушує діяти. Якщо психологічний захист трактується як несвідома відмова від вирішення проблеми шляхом конкретних дій або бездіяльності заради збереження комфортного стану, то копінг-стратегії розглядаються у даному випадку як прояви свідомого опанування шляхом конструктивної активності.

Р. Лазарус та С. Фолькман [2] активно вичали поняття «копінг-стратегії» як свідомі засоби оволодіння та врегулювання взаємовідносин з навколишнім середовищем, яке містить стресогенні подразники.

Вони виділяють три варіанти подолання стресу:

- 1) оцінка складності та масштабу ситуації;
- 2) втручання в ситуацію;
- 3) уникнення.

Копінг завжди спрямований або на наближення до стресора (пошук інформації, рішення проблеми), або його уникання (ігнорування, відволікання, відхід).

Американський дослідник К. Гарвер [1] сформулював перелік найбільш адаптивних копінг-стратегій:

1. «активний копінг» - активні дії щодо усунення джерела стресору;
2. «планування дій»;
3. «пошук активної суспільної підтримки»;
4. «позитивне тлумачення і особистісний ріст»;
5. «прийняття».

Окремо він виділяє набір копінг-стратегій, які мають статус адаптивних:

1. «пошук емоційної суспільної підтримки»;
2. «пригнічення конкуруючої діяльності» - зниження активності відносно інших справ і проблем та повне зосередження на джерелі стресу;
3. «стримування».

Класифікації допінгів за критерієм «активність-пасивність» також дуже широко вживається:

1) активна копінг-стратегія - це поведінка, спрямована на зміну природи стресора та його переосмислення,

2) пасивна копінг-поведінка, що спрямована на уникання активного вирішення проблеми, стримування емоційних реакцій, використання ліків, алкоголю та ін.

У сфері емоційного копінга адаптивними вважаються наступні копінг-стратегії: протест і оптимізм; частково адаптивними: емоційна розрядка і пасивна кооперація; неадаптивними: придушення емоцій, покірність, самозвинувачення і агресивність.

У сфері когнітивного копінга адаптивними є: проблемний аналіз, установка на власну цінність і збереження самовладання; частково адаптивними: додача сенсу і релігійність; неадаптивними: смиренність, розгубленість і ігнорування.

У сфері поведінкового копінга адаптивними є: співпраця, оптимізм; частково адаптивними: компенсація, відволікання і конструктивна активність; неадаптивними: активне уникання і відступ.

Т. Краснянська [24] вказує наступні відмінності копінгу від механізмів психологічного захисту:

- 1) усвідомленість,
- 2) довільність,
- 3) цілісність охоплення ситуації,
- 4) відновлення зруйнованих соціальних зв'язків суб'єкта
- 5) спрямованість на перспективу.

Основна функція психологічного захисту - послаблення або витіснення протиріч між інстинктивними імпульсами несвідомого і інтеріоризованими вимогами зовнішнього оточення, внутрішньоособистісних конфліктів та зумовлених ними напруги та занепокоєння задля відновлення або підвищуючи адаптованості та і врівноваженості.

Існують 8 основних механізмів захисту: заперечення, витіснення, компенсація, регресія, проекція, заміщення, інтелектуалізація, реактивне утворення.

Фельдман І. Л. [33] на основі результатів власного дослідження виявила, що для вибірки медичних працівників притаманна базова копінг-стратегія уникання, а в умовах неможливості уникання асоціальна стратегія. Також вона відзначає особливості в залежності від спеціалізації: у середнього медичного персоналу більш активні активна та просоціальна копінг-стратегії, а лікарі більш орієнтовані на рефлексію стресової ситуації. Окрім того, молодші працівники більш активно застосовують асоціальні стратегії.

Камінська А. О. [33] робить акцент на ролі копінг-стратегій у формуванні професійної дезадаптації лікарів хірургічного профілю, лікарів загальної практики. Вона зазначає, що лікарі хірургічного та терапевтичного профілів частіше використовують конструктивні копінг-стратегії, але лікарі з ознаками професійної дезадаптації частіше застосовують неадаптивні та відносно неадаптивні копінг-стратегії.

Дослідники активно зазначають, що медики активно застосовують стратегію уникання, яка часто пов'язана із зустрічами з фізичними стражданнями пацієнтів, їх смертю, з необхідністю прийняття рішень, що впливають на актуальний стан здоров'я пацієнтів. У таких випадках застосування емоційного відсторонення як актуального ситуативного механізму та в короткотривалій перспективі вважаються адаптивною поведінкою, яка дозволяє отримати короткочасний психологічний відпочинок.

#### 1.4 Особливості виконання професійних зобов'язань медиків у військовий час

Лютий 2022-го року в пам'яті українців фіксується як той місяць, коли на території України почалась повномасштабна війна. Військовий стан змінив буденне життя людей і, відповідно, особливості виконання професійних обов'язків робочим складом населення також змінився. Особливо це стосується

воїнів Збройних сил України та людей, які надають останнім можливість продовжувати боронити незалежність своєї держави попри поранення та біль – це медичні працівники.

На нашу думку, військові дії мали б мобілізувати психічні ресурси особистості медика, але потрібно враховувати той факт, що до початку повномасштабного вторгнення медики по всьому світі допомагали людям подолати коронавірусну хворобу і медичні працівники в Україні фізично не могли мати необхідної кількості внутрішнього ресурсу.

За період дії воєнного стану на території України, за даними Міністерства охорони здоров'я [89], окупанти вбили щонайменше 18 медичних працівників і серйозно поранили 56. Загарбники пошкодили 884 медзаклади, з яких 123 – повністю зруйнували. Обстрілами окупанти вивели з ладу 87 машин швидкої допомоги, 241 авто захопили, а також пошкодили близько 450 аптек.

Як ми бачимо, сьогодні медикам доводиться працювати і допомагати ризикуючи кожен день своїм власним життям, відкидаючи думки про власну родину. Окрім того, матеріально-технічне забезпечення зазнало шкоди, що відображується на якості надання медичних послуг.

Все вищеперелічене неминуче призводить до бажання захистити себе і своїх рідних, мінімізувати будь-які ризики і поїхати. Звичайне прагнення будь-якої людини до самозбереження провокує тривогу і сором за свої думки.

Не дивлячись на це, більшість українських медиків залишається на Батьківщині і продовжує виконувати свою роботу максимально якісно. За даними Міністерства охорони здоров'я [89], не більше 1% медиків залишили країну, тому великого відтоку фахівців не зафіксовано. Водночас існує перерозподіл фахівців всередині України. Нове місце роботи сьогодні знайшли понад 3600 внутрішньо переміщених медиків. Припускаємо, що дана категорія людей потребуватиме надання психологічної допомоги позачергово задля того, щоб вони могли найшвидше відновитись і допомогати медикам, які працюють понаднормово увесь цей час і вже потребують фізичного відпочинку.

Ще один чинник, який неодмінно впливатиме на психологічний стан медиків, погіршуючи його - проблеми з логістикою і нестача певних медпрепаратів та обладнання. Звичайно, на допомогу вітчизняній медицині прийшли міжнародні благодійники й волонтери, але спершу медикам доводилося не просто гарно і професійно виконувати свої обов'язки, а й вміти талановито виходити із скрутних ситуацій, коли необхідно замінювати одним лікарський препарат іншим і навпаки; коли потрібно госпіталізувати людину, а вільних місць бракує і лікар має ризикувати, призначаючи амбулаторне ведення пацієнта.

Окрім того, все вищесказане стосується медичних працівників, які боронять країну у відносно безпечних територіях, чого не скажеш про бойових медиків. Саме вони опинилися у дефіциті не тільки лікарських препаратів і логістичної ланки, а найважливішого – часу. Часу на те, щоб обміркувати своє рішення, змінити хід лікування або надання допомоги, виправити свої помилки. Медична допомога на війні надається тут і зараз, не у теплому кабінеті сімейного лікаря або хірурга, а у польових умовах. Якщо психологічний тиск здійснюється на медиків у тилу, то у випадку бойових медичних бригад – активізується певною мірою емоційна відстороненість і «холодний» розум. Це не говорить про те, що їм байдуже на своє життя і життя своїх побратимів. Це доказ того, що сила страху і болю настільки впливає на людину, що організм у спробах її захистити – вимикає будь-яку емпатію і сентиментальність, яка б за нормальних умов життя українців, дуже цінується пацієнтами.

На сьогоднішній день, бойові медики продовжують допомагати військовим Збройних сил Україні на фронті цілодобово, а медики в тилу підтримують ілюзію того, що життя продовжується і окрім лікувальних, проводять і профілактичні огляди.

Психологічна допомога в даній ситуації покликана коригувати негативні емоційні стани медичних працівників, стверджувати про винесення результатів щодо непридатності деяких медиків надалі виконувати свої професійні обов'язки (синдром емоційного вигорання, депресія, думки про самогубство), віднайти

сенс життя (екзистенційна криза) і т. д. Тобто, психологічна допомога у період дії військового стану покликана допомогати пересічним громадянам ще й тим, що вона дозволяє утримувати сили тих фахівців, без яких неможливим є наше сьогодення – працівники ДСНС, аварійні служби, медичні працівники, військові і навіть психологи підтримують психологів (супервізія).

## Висновки до розділу I

Отже, аналізуючи особливості професійної діяльності медпрацівників за нормальних умов і за часів військових, ми прийшли до наступних висновків:

1. Існуюча багатозадачність в процесі професійної діяльності медичних працівників неминуче може призвести до професійного стресу і такого небезпечного стану як емоційне вигорання. Саме цей феномен, шляхи його подолання та запобігання цікавить нас у процесі дослідження. Для гуманного ставлення медичного працівника до пацієнтів оптимальним є вияв розуміння їхнього суб'єктивного стану, чуйне, але не багатослівне співчуття.
2. Аналізуючи психокорекційну допомогу з метою коригування негативних емоційних станів ми прийшли до висновку, що наразі це дієвий спосіб переживання почуттів, які приховуються людиною від широкого загалу; отримати емоційну підтримку та почуття спільності («я не один») і змінити звичні шаблони поведінки. В контексті даної роботи нами були враховані існуючі різновиди психокорекційної допомоги і встановлено, що для нашої цільової групи (медичні працівники) якнайкращим буде використання групової психотерапії (в умовах дефіциту часу) і поєднання різновидів психокорекції у єдиний тренінг корекції негативних емоційних станів.
3. Копінг включає всі види взаємодії особистості з параметрами зовнішнього або внутрішнього характеру з метою звикнути, оволодіти або ухилитися від вимог в ситуації стресу. Таким чином, аналіз копінг – поведінки медичних працівників і розробка подальших рекомендації у сучасній

ситуації з пандемією COVID-19 та військовою агресією Росії проти України вважається актуальним.

4. Російська агресія проти України змінили життя кожного українця, але людська психіка має потужні адаптаційні та відновлювальні ресурси і за наявності кваліфікованої психологічної допомоги всі категорії населення можуть отримати можливість швидше відновитися і розбудувати нашу країну. Стосовно медичних працівників з'ясовано, що вони наразі стикаються із достатнім тиском на психіку, що провокує виникнення таких деструктивних станів як синдром емоційного вигорання, стрес, депресивні стани. З метою збереження психічного стану цієї категорії осіб рекомендується надання кваліфікованої психологічної допомоги у вигляді психокорекції.



## РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ МЕДПРАЦІВНИКІВ

### 2.1 Екстремальні умови та професійний стрес працівників медичної галузі

В 50-ті роки минулого століття психологічні сторони роботи стали об'єктом дослідження науковців. Екстремальні умови діяльності становлять соціальну небезпеку. В контексті нашого дослідження мова йде само про такі умови діяльності, спричинені пандемією.

У суб'єкта в екстремальних умовах виникають негативні функціональні стани типу динамічної неузгодженості (стрес, монотонія і т.д.). Робота в таких умовах характеризується підключенням функціональних резервних можливостей компенсаторного типу і внутрішніх резервів організму. Робота в таких умовах вимагає відновлення.

Екстремальні умови діяльності:

1. Особливі (епізодична дія несильно виражених екстремальних факторів);
2. Понад екстремальні (екстремальні чинники представляють реальну небезпеку).

Екстремальні фактори діють як обурення і являють собою: неповнота інформації в умовах відповідальної діяльності; конфлікти; ситуацію ризику; ситуацію високої відповідальності за прийняте рішення.

У сучасних дослідженнях, оцінюючи травмуючий вплив різних несприятливих факторів на психічну діяльність людини, виділяють непатологічні психоемоційні реакції і патологічні стани (психогенії). Стрес є для людини загрозою, емоційні переживання якої впливають на його здатність досить ефективно здійснювати свою діяльність.

Професійний стрес - багатоманітний феномен, що виражається в психічних та соматичних реакціях на напружені ситуації в трудовій діяльності людини. В даний час він виділений в окрему рубрику в Міжнародній класифікації хвороб (МКБ-10: Z 73: «стрес, пов'язаний з труднощами управління власним життям»).

Н.В. Самоукіна [90] виділяє основні види професійного стресу:

- 1) Інформаційний стрес виникає в умовах жорсткого ліміту часу і посилюється в умовах високої відповідальності завдання;
- 2) Емоційний стрес виникає під час реальної або передбачуваної небезпеки (почуття провини за невиконану роботу, стосунки з колегами та ін.);
- 3) Комунікативний стрес проявляється у підвищеній конфліктності та нездатності контролювати себе, невміння тактовно відмовити в чому-небудь, незнанні засобів захисту від маніпулятивного впливу і т. п.
- 4) Професійний стрес досягнення - невідповідність рівня очікувань реальним можливостям людини;
- 5) Страх зробити помилку, який часто «блокує» творчі здібності людини. Людина поступово починає відмовлятися від усього нового і ризикованого;
- 6) Напоширеніший професійний стрес конкуренції;
- 7) Стрес успіху, коли після великого досягнення настає стан знецінення того, що здійснилося;
- 8) Стрес, що пов'язаний із зароблянням грошей і супутній цьому професійний стрес. Встановлено, що дуже часто великий виграш приносить не радість, а ще великі проблеми.

Купер і Маршалл [76] досліджували джерела стресу медичних працівників і виявили наступні їх групи:

Фактори професійного стресу, пов'язані з трудовою діяльністю:

- 1) перевантаження або недовантаження роботою;
- 2) погані фізичні умови праці (погане освітлення або надмірний шум);
- 3) дефіцит часу ;

Чинники стресу, пов'язані з роллю працівника в організації:

1. рольова невизначеність (недостатня інформованість про професійні обов'язки і відповідних очікуваннях з боку колег і начальства) або рольовий конфлікт, коли суб'єкт вважає, що він робить те, чого не повинен і чого не бажає робити.

2. надмірна або занадто низька відповідальність;
3. мала ступінь участі у прийнятті рішень в організації.

Чинники стресу, пов'язані з взаєминами на роботі:

- взаємовідносини з керівництвом, колегами;
- труднощі у розподілі повноважень.

Фактори, пов'язані з діловою кар'єрою:

1. два основних стресогенних фактора: професійна «неуспішність» і боязнь ранньої відставки;
2. статус невідповідності, повільне або занадто швидке просування;
3. постійне очікування якихось змін, нестабільність;
4. невідповідність рівня домагань даного професійного статусу.

Фактори, пов'язані з організаційною структурою та психологічним кліматом: неможливість отримати своєчасну кваліфіковану допомогу; обмеження свободи поведінки.

Поза організаційні джерела стресів:

1. родинні проблеми і труднощі: розподіл часу і перенесення криз з однієї ситуації в іншу;
2. мобільність працівника, що призводить до загострення конфліктів у родині, коли необхідно змінювати місце проживання і т. п.
3. відмінності за психометричними даними: «ригідні» більше реагують на несподіванки, що йдуть від начальства; «рухливі» частіше виявляються перевантаженими роботою, орієнтовані на досягнення показують більшу незалежність і включеність у роботу, ніж орієнтовані на безпеку і спокій.

Все вище зазначене суттєво важливе для розуміння місця особистості в екстремальних умовах діяльності медичних працівників і не тільки.

Основним шляхом підвищення ефективності й надійності діяльності в екстремальних умовах є формування функціональних резервних можливостей компенсаторного типу (додаткові знання, вміння і навички).

## 2.2 Синдром емоційного вигорання та професійної деформації серед медпрацівників

На сьогоднішній день більшість з представників працездатного населення (особливо молодь) втрачають впевненість в гарантованості робочого місця, у стабільності свого соціального і матеріального становища. До початку повномасштабного вторгнення спостерігалось зниження популярності соціально значущих професій – медичних працівників. Як наслідок, зростала психічна напруга, що пов'язана зі стресом на робочому місці. Виявляються тривога, депресія, синдром емоційного вигорання, психосоматичні розлади та ін. У зв'язку з військовою агресією на території України вищеописані стани лише загострюються.

Нами було встановлено, що за родом своєї діяльності медичні працівники піддаються впливу різних несприятливих чинників робочого середовища і самого трудового процесу, а це прискорює темпи розвитку емоційного вигорання та професійної деформації особистості. У попередньому розділі ми поверхнево ознайомилися з даними феноменами. Пропонуємо розглянути механізми їх виникнення та прогресування більш детально.

Й. Турак [40] професійну деформацію особистості розглядає як зміну якостей особистості (ціннісних орієнтацій, поведінки, характеру, способів спілкування), які виникають під впливом тривалого виконання професійної діяльності. Через те, що у процесі діяльності виникає нерозривна єдність між свідомістю і специфічною діяльністю формується так званий професійний тип особистості. Найбільший вплив професійна деформація чинить на особистість представників тих професій, робота яких пов'язана з людьми (керівники, працівники по кадрах, педагоги, психологи).

Професійну деформацію В.Е. Орел [38] розглядає через призму професійного стресу, причиною якого є зниження професійної мотивації. На думку Е.С. Браїловського [24], структура професійної деформації включає деформацію діяльності та деформацію самої особистості.

Аналіз досліджень з питань професійної деформації довів, що компоненти, з яких складається професійна деформація медичних працівників можна класифікувати за чотирма основними групами:

1. Афективний компонент охоплює психологічні характеристики. Емоційна виснаженість і деперсоналізація зумовлює їх іноді цинічне ставлення до роботи. Редукція професійних досягнень викликає почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неспішності в ній. Гіпервідповідальність підсилює появу відчуття, що щось не вийде чи з чимось не вдалось упоратись.
2. Поведінкові зміни: в напружених умовах праці змінюється манера та способи спілкування. Досить часто зустрічається високий рівень конформізму; гіпер – гіпоконтроль над своєю поведінкою. З'являється відстороненість;
3. Фізіологічні порушення: безсоння; відсутність апетиту або переїдання; зниження чутливості на зміни зовнішнього середовища, що провокує появу загальмованості нервових процесів. З'являються безпричинні головні болі, задишка або порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні. Загальна астенизація провокує появу слабості в усьому тілі;
4. Професійно-мотиваційна сфера: панування мотиву влади над пацієнтами або слабшими людьми; професійний дисонанс (напруга, яка викликана усвідомленістю несумісності будь-яких двох знань); з'являється стереотипність сприйняття поставлених завдань; загальна негативна установка на життєві та професійні перспективи; професійна захопленість виконаною роботою; потреба самоствердження в неадекватний спосіб. Відбуваються зміни у рівні домагань та самооцінці порівняно з первинними; криза соціальних, ідейних і моральних ідеалів.

Особливість професійної діяльності медиків полягає в тому, що вони постійно зіштовхуються з необхідністю вирішувати найскладніші завдання. Це не лише діагностика, але й визначення лікувальних маніпуляцій, отримання

згоди пацієнта та його рідних на негайне втручання (наприклад, хірургічне). Складність положення лікаря у тому, що він не може гарантувати абсолютний успіх, і в той же час має знайти можливість зниження рівня ризику.

Л.М. Лериш [6] дуже цікаво описує діяльність хірурга: «Хто не може прийняти рішення за одну хвилину, не може бути хірургом. Розум повинен керувати наступними діями, намагаючись розпізнати хворобу, її пусковий механізм і анатомічний стан...» [6, с. 297].

Провівши аналіз особливостей професійної діяльності медичних працівників, ми можемо виділити дві основні групи чинників професійної деформації:

1. Організаційні: розвиток професійної деформації пов'язаний з дестабілізуючою організацією діяльності (особливо у 2019-2021 рр.), а саме: нечітке планування праці, недостатність необхідних засобів для ефективного виконання обов'язків, багатогодинний робочий день, конфлікти в системі «керівник – підлеглий» також негативно відображаються на психологічному здоров'ї медиків усіх ланок. Відповідальність та швидкість прийняття рішень, незворотність результатів також негативно відображаються на виконанні діяльності.
2. Особистісні: можна виділити емоційну та психологічну виснаженість.

Низький професійний рівень і небажання удосконалювати власні професійні якості, переконаність у своїй компетентності провокує появу такої особистісної характеристики, як авторитарність; постійне очікування позитивного ставлення від інших; неоднозначний моральнопсихологічний клімат у колективі (його виникнення провокує понаднормовий робочий день), складність у відокремлюванні інтересів сім'ї від інтересів кар'єри, а також невміння знімати психологічний стрес та абстрагуватися від негативних емоцій у позапрофесійних стосунках провокує появу професійної деформації.

Синдром емоційного вигорання являє - стан емоційного, розумового виснаження, фізичного стомлення, що виникає в результаті хронічного стресу під час виконання професійної діяльності.

Ознаки синдрому емоційного вигорання:

- 1) граничне виснаження;
- 2) відстороненість від пацієнтів і від роботи;
- 3) відчуття неефективності і недостатності своїх досягнень.

Чому ми настільки детально розглядаємо даний синдром? Його розвитку передуює період підвищеної активності, коли фахівець, присвятивши себе роботі на сто відсотків, відмовляється від потреб, з нею не пов'язаних, потім настає перша ознака – виснаження. Виснаження - почуття перенапруги і вичерпання ресурсів, почуття втоми, що не минає після сну. Другою ознакою синдрому емоційного вигорання є особистісна відстороненість. Професіонали використовують відстороненість як спробу впоратися з емоційними стресорами на роботі зміною свого співчуття до клієнта через емоційне відсторонення. Третьою ознакою синдрому вигорання є відчуття втрати власної ефективності або падіння самооцінки в рамках вигорання. Люди не бачать перспектив для своєї професійної діяльності, знижується задоволення роботою, втрачається віра в свої професійні можливості.

На думку П.І. Сидорова [7], головна причина емоційного вигорання - психологічна перевтома.

Коли внутрішні та зовнішні вимоги тривалий час переважають над ресурсами, у людини порушується гомеостаз, що неминуче призводить до емоційного виснаження.

Аксіома: синдром емоційного вигорання розвивається поступово.

Одна з найпоширеніших теорій, які виділяють стадії розвитку синдрому емоційного вигорання – п'ятиступенева модель Дж. Грінберга [21].

- 1) I стадія («медовий місяць») – працівник задоволений своєю роботою;
- 2) II стадія («нестача палива») – втома, апатія, можуть виникати проблеми зі сном. За умов відсутності додаткової мотивації та стимулювання у працівника втрачається інтерес до роботи і знижується продуктивність діяльності.

- 3) III стадія (хронічні симптоми) – надмірна робота без відпочинку, особливо у трудовоголіків, приводить до виснаження і схильності до захворювань, а також психологічних переживань – хронічної втоми, відчуття загнаності в кут.
- 4) IV стадія (криза) – розвиваються хронічні захворювання, в результаті чого людина повністю або частково втрачає працездатність.
- 5) V стадія («пробивання стіни») – фізичні та психологічні проблеми переходять в гостру форму і можуть спровокувати розвиток небезпечних захворювань, які загрожують життю людини.

На сьогоднішній день існують декілька моделей емоційного вигорання:

- 1) Однофакторна модель – емоційне вигорання визначається як стан фізичного, емоційного та психічного виснаження. Виснаження є головним компонентом, а інші поведінкові прояви є наслідками;
- 2) Двофакторна модель – вигорання складається з виснаження (афективного компоненту) та деперсоналізації (когнітивного компоненту).
- 3) Трьохфакторна модель – в якій вигорання складається з емоційного виснаження, деперсоналізації та редуції досягнень;
- 4) Чотирьохфакторна модель – вигорання складається з емоційного виснаження, деперсоналізації професійної діяльності, деперсоналізації суб'єктів професійної діяльності, редуція особистих досягнень. Емоційне вигорання тлумачиться як дискомфорт (психологічний та фізичний).

Окрім того, моделі емоційного вигорання відрізняються одна від одної залежно від підходу до динамічності цього явища – ряд моделей розглядає емоційне вигорання як стан, в той час як інші дослідники схиляються до трактування цього явища як процесу.

Динаміка процесу емоційного вигорання в розрізі:

- 1) I стадія – когнітивні проблеми: забування професійних моментів, помилки при веденні робочої документації, неефективне планування діяльності тощо. Ця стадія може тривати в середньому від трьох до п'яти років.



- 2) 2 стадія – зниження мотивації до робочої діяльності та соціальна самоізоляція: особа обмежує контакти з пацієнтами, колегами, друзями та родичами. Окрім того, з'являються прояви депресивного стану – апатія, астенизація, підвищена дратівливість, психосоматичні прояви. Ця стадія може тривати в середньому від п'яти до п'ятнадцяти років.
- 3) 3 стадія – розгорнуті ознаки емоційного вигорання: втрата зацікавленості в професії, хронічна апатичність, деперсоналізація, тотальна соціальна ізоляція. Ця стадія може виникати через десять-двадцять років роботи у медичній сфері.

Недолік даної процесуальної моделі - тривалість стадій, що вимірюється роками до появи усіх ознак вигорання.

Емоційне вигорання представників лікарської діяльності. Процес емоційного вигорання майбутніх лікарів починається ще у студентські часи, адже навчання в медичному університеті є своєрідним випробуванням для студентської молоді, які бажають стати лікарями. Одним із важливих індивідуальних чинників ризику - змінена ієрархія цінностей студентів медичного університету – знецінена цінність здоров'я та щастя, які виступають факторами ризику швидкого прогресування вигорання до фази виснаження. У процесі праці після закінчення вищого навчального закладу відбувається зіткнення молодих фахівців з рядом факторів, кожен з яких провокує погіршення емоційного стану та створює ризик прогресування емоційного вигорання.

Сучасні лікарі витрачають значну кількість часу на заповнення документації, пов'язаної з їхньою діяльністю, що заважає їм проводити час з пацієнтами та призводить до вигорання, а в сучасних реаліях використання комп'ютеризованого запису до лікаря також пов'язане зі збільшенням ризику вигорання на 29%. Власний досвід ще раз підтверджує думки про те, що відсутність або слабкість психологічної служби всередині клініки теж роблять свій внесок у розвиток емоційного вигорання.

Істотним фактором ризику є сам процес спілкування з пацієнтами – велика кількість різних людей на день, обслуговуючий характер взаємодії з боку лікаря,

робота з хронічно чи невиліковно хворими, велика кількість критичних ситуацій та конфліктів. Емоційне вигорання пов'язане також і з лікарською спеціалізацією: для деяких спеціальностей емоційне вигорання спостерігається у менше ніж 40% лікарів (до таких належать, наприклад, медицина професійних захворювань), в той час, як деякі пов'язані зі значно вищими ризиками (до таких, належать, наприклад, загальна лікарська практика та неврологія).

Необхідність постійного навчання, відвідування численних конференцій, семінарів, симпозіумів та тренінгів також є факторами ризику в професії лікаря.

На нашу думку, до найяскравіших індивідуальних факторів, що прискорюють емоційне вигорання лікарів, належать:

- 1) стать – жінки більш схильні до емоційного вигорання;
- 2) вік – молодші лікарі більш схильні до емоційного вигорання;
- 3) професія партнера/партнерки – якщо партнер(ка) зайнятий не в медичній сфері, це підвищує ризик вигорання на 23%;
- 4) витрати на освіту;
- 5) сімейний стан;

Фактори ризику соціального походження:

- 1) Переживання несправедливості, соціальна незахищеність,
- 2) Політична та економічна нестабільність соціуму. Остання, в свою чергу, провокує незадоволеність пацієнтів, наприклад, курсом призначених ліків вартість яких может істотно перевищувати бюджет пацієнта;
- 3) Нерівність соціальних взаємин.

Індивідуальні психологічні фактори ризику: інтроверсія, знижена соціальна активність, соціальна дезадаптованість, надмірна дратівливість та агресивність, знижена самооцінка та самоповага, крайнощі емпатичної відповіді.

Слабка «Я-концепція», трудоголізм, низька професійна мотивація та емоційна стійкість, імпульсивність, схильність до самозвинувачення, легка фрустрованість, нещирість, ригідність когнітивних установок, тривожний тип

особистості також є факторами, що перешкоджають лікарю у повноцінному розвитку в професії.

Емоційне вигорання серед представників найпоширенішого заgonу працівників охорони здоров'я – медичних сестер. Відомо, що у медсестер емоційне вигорання настає ще швидше, ніж у лікарів, що пов'язано з високим виробничим навантаженням, цілодобовим режимом роботи та рядом інших факторів. Так само, як і лікарі, медсестри часто взаємодіють з пацієнтами, причому їхня комунікація носить ще більш обслуговуючий характер, ніж у лікарів, окрім того, вони проводять більше часу з хронічно чи невиліковно хворими, спостерігаючи за їх стражданнями протягом тривалої кількості часу.

На півкроку віддалік за своїм статусом, але на крок ближче до пацієнта, медична сестра у питаннях виходжування пацієнта – головна. Окрім того, сучасна медична сестра – унікальний фахівець, який повинен мати вичерпні знання з клінічної фармакології, психології людини та основ користування комп'ютером. Усе це, неодмінно, викликає в медсестер реальну тривогу ще за часів навчальної діяльності, а під час виконання професійних обов'язків ще частіше.

Ряд психологічних рис також слугує факторами ризику виникнення емоційного вигорання. Високий нейротизм є одним з чинників. Є дані, що складові емоційного інтелекту та самоєфективність слугують захисними факторами та зменшують прояви емоційного вигорання. У системі охорони здоров'я також дуже важливо отримувати позитивні підкріплення від пацієнтів та колег – слів вдячності та визнання професійних успіхів і відсутність цих позитивних відгуків породжує значний ризик розчарування у професії і, як наслідок, початок емоційного вигорання.

### 2.3 Психологічні фактори захисту як протидія синдрому емоційного вигорання

У контексті досліджень, які стосуються синдрому емоційного вигорання, більшість науковців стверджують в один голос про організацію факторів ризику

та захисних факторів. Захисні фактори відображують фактори ризику. Частіше за все в дослідженнях стверджувалось про наступне: спочатку проблеми виникають на рівні організації, далі вони змінюють професійні стосунки під час роботи, і лише згодом йдуть зміни на індивідуальному рівні особистості. Захисні фактори працюють трохи інакше – спочатку йдуть зміни на психологічному рівні медичного працівника, далі це змінює його стосунки з колективом, і лише в кінці відбуваються зміни на рівні організації (закладу системи охорони здоров'я).

Найважливішими індивідуальними чинниками захисту дослідники вважають самопіклування, самопізнання та реалізм у процесі бачення власної роботи.

Зокрема реалістичне бачення власної роботи складається з наступних ланок:

1) вміння обирати завдання, встановлювати пріоритети, встановлювати досяжні цілі, вміти йти на компроміси та не захоплюватися водночас багатьма завданнями;

2) не бути постійно готовим зробити все можливе для кожного пацієнта;

3) вміння відмовлятися від додаткових зобов'язань.

До інших захисних факторів дослідники відносять: емоційну взаємопідтримку між колегами, командну, групове прийняття рішень, ефективного лідера, грамотну організацію праці.

Особистісні риси як захисні фактори. Науковці шляхом регресійного аналізу виявили, що такі риси, як доброзичливість, відкритість новому, та стабільність сприяють зменшенню ризиків емоційного вигорання, в той час, як екстраверсія не мали статистично значущого впливу на прояви вигорання.

В той же час науковці виявили, що добросовісність як риса особистості має позитивний зв'язок з редукцією професійних досягнень та негативний – з деперсоналізацією. Суперечливість між результатами різних дослідників підтверджує необхідність подальшого вивчення зв'язку різних особистісних факторів із проявами емоційного вигорання.

Гіпертимікам характерні більша життєрадісність. Такі особистісні характеристики, як щирість, доброта, когнітивна гнучкість, відкритість до співпраці, висока мотивація до саморозвитку і професійного зростання, креативність, високі комунікативні навички, є тими якостями, які зменшують ймовірність виникнення емоційного вигорання.

Емоційний інтелект як захисний фактор. Теорія емоційного інтелекту передбачає, що навички регулювання емоцій сприяють підтримці відповідних емоцій, зменшуючи або адаптуючи небажані емоції в собі і інших. Такі емоції, як гнів та печаль, прогнозували більше вигорання серед медсестер із низьким емоційним інтелектом. Це дозволяє стверджувати, що розвиток емоційного інтелекту для запобігання деструктивного впливу негативних емоцій, що виникають під час роботи, є перспективним напрямом досліджень.

Здоровий стиль життя як захисний фактор. Міцне здоров'я зменшує ризики розвитку емоційного вигорання. Отже, заняття спортом, підтримка здорового способу життя (збалансоване харчування, гігієна сну, контроль хронічних захворювань та своєчасна діагностика тощо) зміцнюють не тільки фізичний, а й психічний дух.

Соціальна підтримка також вважається важливим захисним фактором. Медичні працівники, які отримують підтримку від референтної спільноти, мають менший ризик розвитку емоційного вигорання.

## Висновки до розділу 2

Здійснивши дослідження професійного стресу і механізми розвитку синдрому емоційного вигорання, можливих факторів психологічного захисту, якими можуть користуватися медики, ми сформуваємо наступні висновки:

1. Екстремальні умови в діяльності медиків – результат дії зовнішніх і внутрішніх чинників. Визначення значущості впливу екстремальних умов на професійну діяльність медиків не дає нам можливості стверджувати, що саме стримує формування професійного стресу, а що стимулює. Кожна

особистість має свій певний набір психологічних та біологічних особливостей, які є більш або менш стійкими.

2. У професійній діяльності працівника медичної галузі існує безліч пасток, але їх можливо подолати шляхом ще більш ефективної роботи над собою, у співпраці з компетентними фахівцями галузі психології (психологи-консультанти, психотерапевти і т.д.). Медична професія унікальна своїми протиріччями. Досвід спілкування з лікарями та медичними сестрами доводить, що вони задоволені, коли в них є ресурс допомагати пацієнтам, співчувати їм, але не ідентифікувати себе з ними. Синдром емоційного вигорання характеризується вираженим симптомокомплексом порушень в психічній, соматичній та соціальній сферах життя, а вивчення проблеми психологічних особливостей професійної діяльності медичних працівників сприятиме розробці рекомендацій і психокорекційних програм для збереження психічного і фізичного здоров'я медиків.

Виникнення синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників пов'язане з великою кількістю стрес-факторів та факторів ризику. Ряд соціальних, професійних та психологічних факторів пов'язані зі зниженням рівня емоційного вигорання, а отже, мають захисні властивості. Основна група захисних факторів – психологічні (емоційний інтелект, емпатія, оптимізм, внутрішній контроль та ін.). Їх існування доводить, що із синдромом емоційного вигорання до снаги впоратися будь-якому працівнику медичної галузі. Саме науково-дослідницька діяльність, якою ми і займаємося дозволить нам сформулювати необхідну кількість висновків для розробки ефективних рекомендацій та превентивних заходів.

### РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СТРЕСОГЕННИХ УМОВАХ РОБОТИ

#### 3.1 Характеристика вибірки

Для проведення ґрунтовного дослідження було обрано колектив медичних працівників первинної ланки системи охорони здоров'я на підприємстві КНП «Центр первинної медичної допомоги м. Бахмута». Ними стали 34 медичні працівники, серед яких були лікарі-терапевти та лікарі загальної практики сімейної медицини, медичні сестри різних спрямувань. Будь-яких акцентів у поведінці досліджуваних не спостерігалось. У колективі панує приємна загальна атмосфера. У колективі відчуються дружні відносини між медичними сестрами, лікарями, а також між лікарями та медичними сестрами, що дуже важливо, враховуючи різницю у займаних посадах. Група досліджуваних складається суто з осіб жіночої статі. Віковий діапазон: 22 – 72 роки. Стаж роботи: 3 – 52 роки.

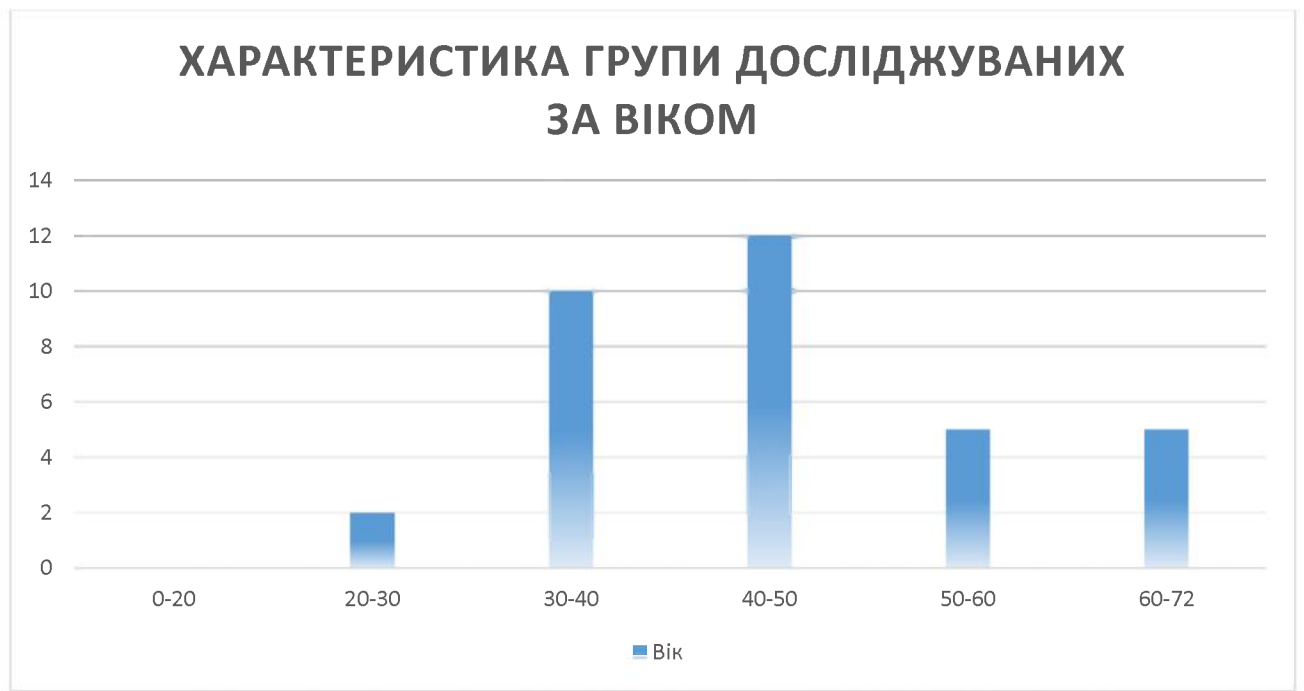


Рис. 3.1.1. Вікова характеристика групи досліджуваних

Як ми бачимо на графіку, віковий діапазон 40-50 років складає переважну більшість колективу. Згідно проведених розрахунків, середній вік у даному колективі – 45 років.

Окрім того, нами враховується стаж роботи фахівців з тих міркувань, що чим довше людина працює на одному й тому ж самому місці, тим більша вірогідність виникнення в неї стану емоційного вигорання, деперсоналізації, депресивних станів на фоні монотонії, що має вірогідність посилюватися під час актуальної ситуації в межах нашої країни. Загальний стаж роботи у галузі медицини вибірки варіюється від 3 до 52-х років.

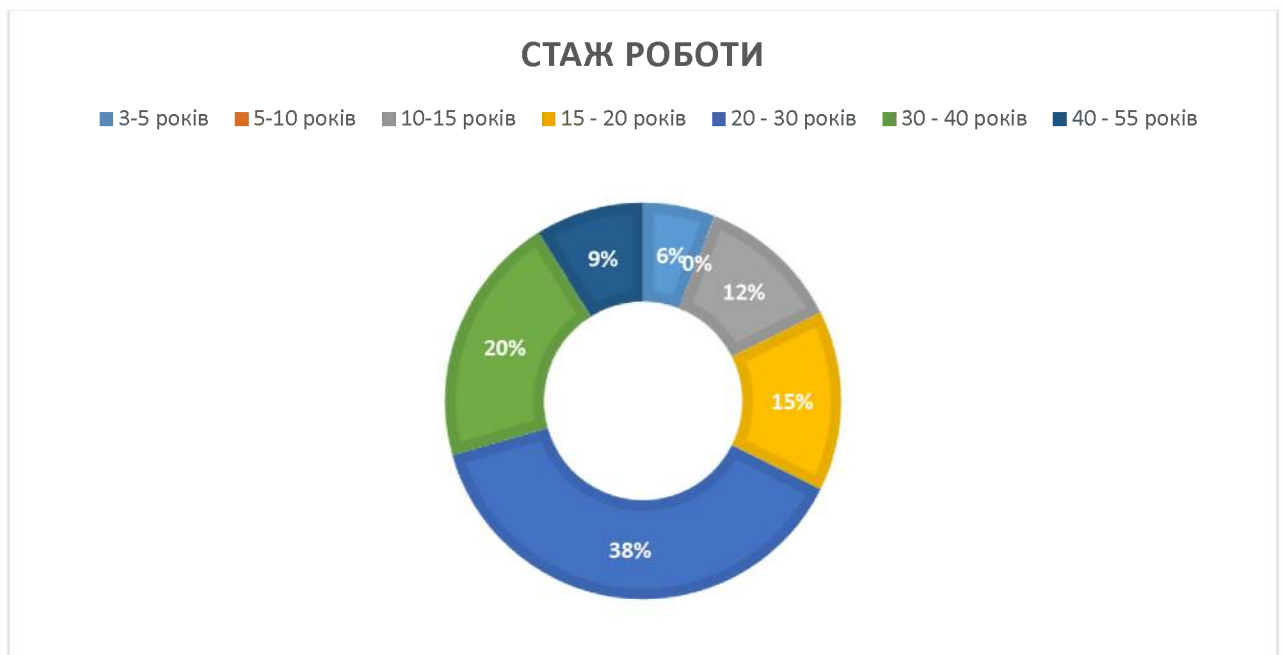


Рис. 3.1.2. Стаж роботи

Середній загальний стаж роботи колективу складає 25 років. В цілому, колектив досліджуваних дуже різноманітний, на нашу думку, результати дослідження будуть досить місткими.

Цілі емпіричного дослідження: дослідження емоційних станів медичних працівників у період загострення не тільки пандемії коронавірусної хвороби, а й військового конфлікту.

Завдання дослідження:

1. Дослідити емоційний стан колективу медпрацівників;
2. Встановлення зв'язків між досліджуваними станами;



3. Зробити якісний аналіз дослідження;
4. Розробка психокорекційної програми для групи досліджуваних.

### 3.2 Характеристика методів та процедури дослідження. Звітні дані

Для оцінювання емоційного стану фахівців було обрано методику самооцінки емоційних станів, розроблена американськими психологами А. Уессманом і Д. Ріксом [80]. Методика достатньо ефективно відображує актуальний емоційний фон особистості протягом певного періоду часу. Методика складається з чотирьох розділів. Перший, другий та третій розділи описують емоційний стан людини в діапазоні: «тривога / спокій» і «підйом / депресія», відмежовуючись від інших емоцій. Твердження з четвертого розділу характеризують когнітивну сферу, а не сферу емоцій. Даний розділ є ефективним інструментом для оцінки компетентності фахівця. Завдяки даній методиці ми зможемо зробити висновки щодо того, чи здатен той або інший фахівець адаптуватися до актуальних умов буття і яким чином ця адаптація відбувається. Дана методика має вигляд опитувальника, що складається з 40 пунктів, які групуються у 4 розділи. Методика дозволяє провести кількісний аналіз наступних показників: «спокій – тривожність»; «енергійність - втома»; «піднесеність – пригніченість»; впевненість у собі – безпорадність». Показники за даним опитувальником обчислюються у балах, враховується також і сумарний показник за всіма розділами. Варто зазначити, що дана методика є ефективною і дозволяє влучно діагностувати необхідні показники, адже в нашому випадку не має сенсу досліджувати весь спектр емоцій, коли ми маємо на меті діагностувати конкретні зміни або їх відсутність. В контексті дослідження це дуже обґрунтований вибір методики.

Перед процедурою опитування досліджувані були ознайомлені із цілями та тематикою дослідження. Також всі отримали інструкцію щодо вимог проходження методик. Спершу вони ознайомилися із вищезазначеною методикою, тому що вона є більш об'ємною та вимагає витрат часу. Додаткових

інструкцій у ході виконання не потребували. Кожен з учасників отримав особистий бланк для заповнення.

Після того, як медичні працівники закінчили проходити вищезгадану методичку, їм було запропоновано ознайомитися із шкалою субдепресії та зниженого настрою В. Зунга у адаптації Т. М. Балашової [75]. Методика має вигляд опитувальника, що складається з 20 тверджень, на які потрібно відповісти: «ні, не відповідає дійсності», «скоріше, так», «вірно», «абсолютно вірно». Кожне з тверджень стосується не тільки психологічних, а й фізичних змін у стані людини. Опитувальник дозволяє діагностувати стан зниженого настрою у досліджуваних та субдепресії, як найвищого прояву емоційного пригнічення. Добре відомо, що стресова життєва ситуація, у якій доводиться не тільки існувати, а й працювати на благо інших, суттєво впливає на фізичне і психологічне здоров'я будь-якої людини. Потрібно наголосити на тому, що вищеперелічені діагностичні показники мають особливу цінність. Ми виходили з тих міркувань, що кожна методика являє собою закономірне продовження попередньої. Саме через це ми маємо змогу встановити кореляційні зв'язки. Підрахунок результатів здійснювався у балах, що є дуже зручним засобом обробки. Окрім того, в опитувальнику є 10 «прямих» та 10 «обернених» відповідей. Кожна відповідь оцінюється від 1 до 4 балів, а «обернені» відповіді у зворотньому порядку. Як і раніше, учасники отримали інструкцію та бланки для відповідей. З другою методикою досліджувані впорались значно швидше.

Наступна методика була обрана нами для того, щоб детальніше розібратися із показником з минулої методики, таким як «субдепресія». Проте головною її відмінністю є те, що вона дозволяє діагностувати астенічний стан, як найвищий ступінь психологічного виснаження. Адже за наявності астенії, людина не здатна витримувати тривалу фізичну та розумову напругу, виникають вегетативно – соматичні порушення. Шкала астенічного стану розроблена Л. Д. Майковим і адаптована Т. Г. Чортовою [72] на базі клініко – психологічних спостережень і опитувальника ММРІ. Вона складається з 30 тверджень, що відбивають характеристики астенічного стану. На кожне з тверджень учасники

мають наступні варіанти відповідей: «немає, не так»; «мабуть, так»; «вірно»; «абсолютно вірно». Після заповнення індивідуального бланку проводиться підрахунок шляхом обчислення загальної суми балів і співставлення відповіді із ключем до методики. Важлива увага також приділяється тому, в якому приміщенні проводиться процедура тестування. Воно має бути ізольоване від сторонніх шумів та звуків, приміщення має бути освітлене і дослідник має підготуватися до чіткого надання інструкції.

Проведення процедури дослідження зайняло 3 дні, 45 хвилин на кожен методик. Місцем проведення дослідження було обрано конференц-зал лікувальної установи. Під час проведення процедури дотримувались всі необхідні умови.

Після проведення обробки результатів дослідження нами були визначені середні значення показників кожної методики. Тож, розглянемо отримані дані:

#### 1. Методика А. Уесманна і Д. Рікса [80]

В межах даної методики були визначені середні значення за наступними полярними ознаками стану: «спокій – тривожність», «енергійність втома», «піднесеність-пригніченість», впевненість – безпорадність». За середнім значенням показника «спокій-тривожність» ( $M = 4,6$ ) можна стверджувати про те, що в більшості досліджуваних внутрішній стан не є стабільним і характеризується напруженістю, знервованістю, що вже не може підпадати під категорію «спокій». За середнім значенням показника «енергійність – втома» ( $M = 4,8$ ) ми спостерігаємо аналогічну ситуацію. Досліджувані відчувають виснаження нервових сил, тому про активну життєву енергію говорити можна із сумнівом. За середнім значенням показника «піднесеність – пригніченість» ( $M = 4,7$ ) можна зробити висновок щодо стану пригніченості досліджуваних медиків. Цілком закономірно, що вищеописані емоції заляканості, втомленості і полохливості викликають у будь-якої людини зниження власної самооцінки і стан пригніченості. Останній досліджуваний показник в межах даної методики має схожу тенденцію. Середні значення показника «впевненість – безпорадність» ( $M = 4,2$ ) сягають того рівня, коли обидва показники не мають

явного переважання одного з полюсів. Людина в такому стані, як у вакуумі, її супроводжують сумніви щодо того, чи може вона змінити актуальний стан справ, чи впорається із життєвими складнощами, чи має вона план дій. Загалом, середні значення емоційного стану сумарно ( $M = 18,1$ ) підпадають під показник середньої оцінки емоційного стану за ключем методики. Це вельми позитивний результат у сучасних реаліях, тому що завдяки кваліфікованій роботі психологічної служби (психологічний супровід фахівців, організація тренінгів, індивідуальні консультації) можливо покращити емоційний стан медпрацівників. На діаграмі ми можемо побачити, як показник «впевненість – безпорадність» менше ніж інші, що означає те, що медпрацівники у більшості впевнені у тому, для чого вони щодня рятують людські життя, ризикуючи своїм власним. Вірогідно, вони навіть мають певне керівництво до дій, але та кількість щоденних завдань і високий психологічний тиск блокують дані процеси і впевненість у собі заміщується безпорадністю. Це ще раз доводить необхідність надання їм психологічної допомоги.

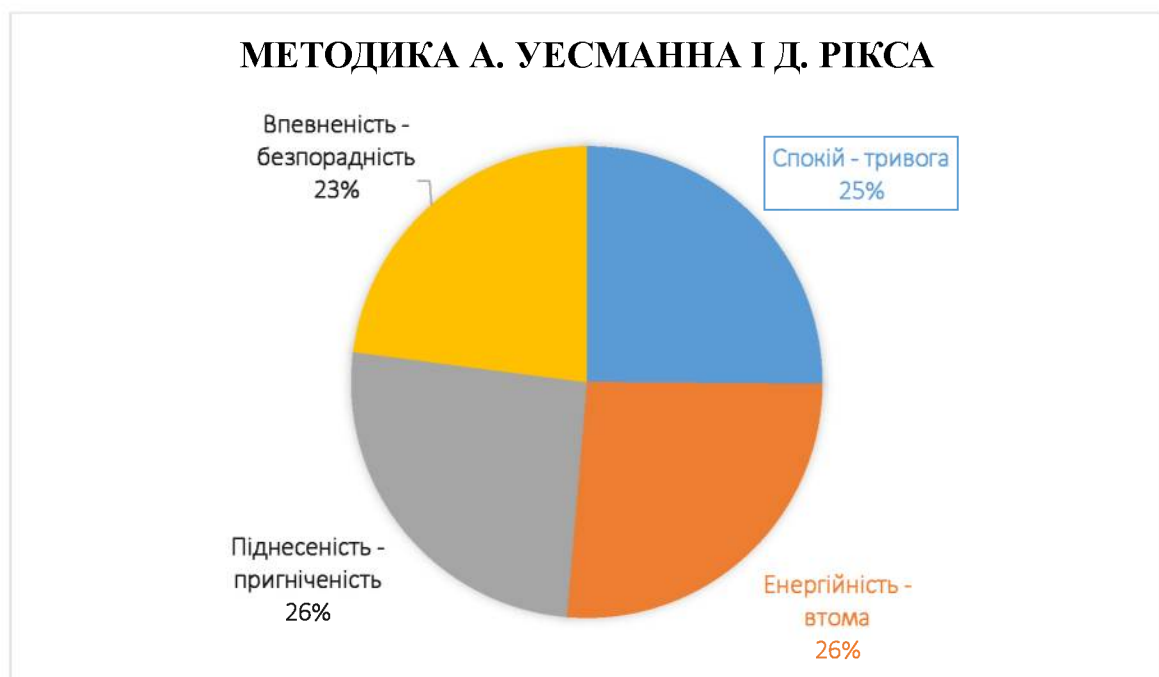


Рис. 3.2.3. Методика А. Уесманна і Д. Рікса

## 2. Шкала Зунга в адаптації Т. М. Балашової [75]

Дана методика, якою ми користувалися в процесі дослідження дозволяє нам визначити, перш за все, настрій групи досліджуваних. Проте настрої, в свою чергу, має також різні показники. Нас цікавили наступні з них: «відсутність зниженого настрою», «легка депресія», «субдепресивний стан», депресивний стан. Насамперед, депресія — це не просто постійне зниження настрою, песимізм та прагнення до усамітнення. Це серйозний психічний розлад, коли пацієнт втрачає здатність радіти життю, йому не дається рішення важких завдань, схильний до негативних виходів з будь-якої ситуації. Але цей стан піддається психокорекції, депресія виліковна. Варто наголосити, що наші очікування справдилися і ми не отримали результати щодо вищеописаного стану. Натомість, середнє значення за даною методикою  $M = 54,5$ . Такий результат відповідає показнику «легка депресія». Насправді, депресія має свої розгалуження. Тож, «легка депресія» це різновид депресивного розладу, лікування якого не супроводжується призначенням медикаментів і характеризується проявами безсоння або сонливості, епізодами переїдання або анорексії, відсутність настрою і дратівливість. Головною її відмінністю від депресивного стану є те, що цей різновид депресії людина здатна подолати самостійно або з психологом чи психотерапевтом. У тій ситуації, що склалася, це «добрі» новини для нас. Це означає, що намір надати досліджуваному колективу медпрацівників психокорекційну допомогу буде справді дієвим. Окрім того, що ми надаємо опис найбільш переважаючого в межах даної методики показника, нами також досліджувались ті особи, хто не має ознак зниженого настрою. П'ять осіб з групи досліджуваних не мають проявів зниженого настрою. Це означає, що в колективі є достатньо стресостійкі особистості. Також нами досліджувався субдепресивний стан як прикордонний стан до розвитку справжньої клінічної депресії. До вищеописаних ознак депресії в даному випадку додається втрата ваги, втрата здатності концентрувати свою увагу під час виконання будь-яких дій, безсоння, песимізм, психомоторне збудження або загальмованість. Даний настрій переважає у 6 осіб з групи досліджуваних. Ознак депресивного стану діагностовано не було.

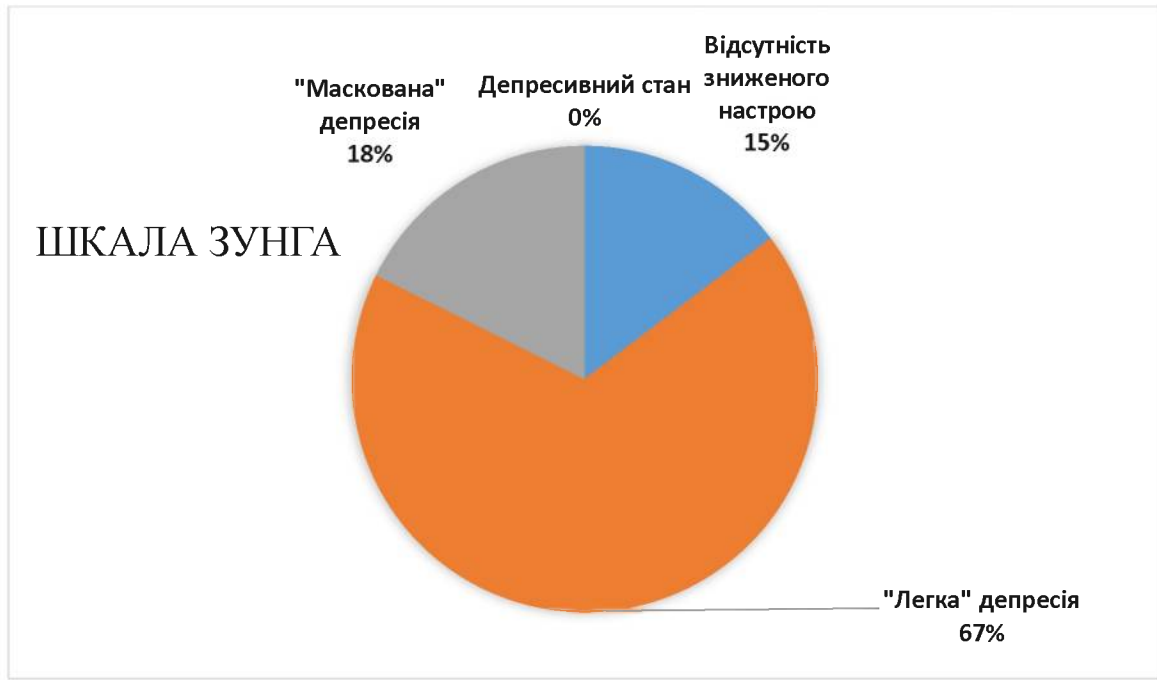


Рис. 3.2.4. Шкала Зунга

3. «ШАС» в адаптації Т. Г. Чортової [72] дозволяє нам, так би мовити, підтвердити результати попередньої методики, оскільки досліджує прояв астенічного стану в групі досліджуваних. Астенічний стан - це захисний механізм організму, що допомагає нервовій системі захищатися від деструктивних екзогенних та ендогенних чинників. Астенічні реакції головного мозку свідчать про виснаження запасів організму. За даною методикою ми визначали такі показники астенічного стану: «відсутність астенії», «слабка астенія», «помірна астенія», «виражена астенія». Середнє значення за даною методикою ( $M = 68,5$ ) відповідає показнику слабкої астенії, що за своїми симптомами наближується до легкої депресії, яку ми визначали за минулої методикою. Окрім того, як і в минулій методиці, нами був встановлений показник «відсутність астенії», що знову підтверджує гіпотезу щодо наявності осіб із стійким психологічним опором до несприятливих чинників сьогодення. Показник «помірна астенія» також був діагностований у багатьох осіб, що викликає занепокоєння щодо тенденції погіршення стану медперсоналу без зовнішнього втручання. Найбільш серйозний ризик мають ті особи.

Відповіді яких підпадають під категорію «виражена астенія», яка характеризується не тільки відсутністю сну, апетиту і поганим настроєм, а й втратою здатності перебувати у приміщеннях з яскравим освітленням, гучними джерелами звуку, агресивними станами. Для представників допомагаючої професії це вкрай небезпечно: як і для самого медика, так і для пацієнта, який потребує допомоги. З цим також пов'язані спеціальні умови, які мають бути дотримані для проведення процедури тестування.



Рис. 3.2.5. Шкала астенічного стану

Отже, в ході здійснюваних розрахунків середніх значень показників використовуваних опитувальників ми можемо стверджувати, що емоційна рівновага більшості осіб з групи досліджуваних порушена, що неодмінно впливає на якість виконання професійних обов'язків. Серед якостей, які неодмінно мають бути вбудовані в структуру особистості медперсоналу («холодний» розум, емпатія, активна життєва позиція, завзятість, комунікабельність), діагностовані, в ході дослідження, стани викликають об'єктивні сумніви щодо актуального емоційного стану медпрацівників.

Отримати результати цілковитої норми у переважній більшості опитуваних було мало ймовірно, оскільки вимоги до сучасної професійної діяльності медичних працівників сягають такого рівня, який цілковито ресурсна та стресостійка особистість довгий час витримати не зможе. Окрім того, реалії сьогодення такі, що медикам доводиться не тільки надавати медичну допомогу якісно, а й вміти опанувувати власну тривогу у зв'язку із цілком об'єктивними страхами щодо власного життя. Навіть кваліфікований професіонал не завжди здатен вчасно активізувати навички, самозаспокоєння, вміння абстрагуватися у екстремальних ситуаціях. З цих причин ми вважаємо, що отримані результати є сигналом того, що щось відбувається, емоційна рівновага порушена – необхідна кваліфікована психологічна допомога.



Рис. 3.2.6. Вираженість станів



На діаграмі детально зображено у відсотковому співвідношенні ступінь вираженості досліджуваних станів. Варто зазначити, що не всі з визначених станів є деструктивними. Наприклад, у 29% опитуваних відзначається лабільний емоційний стан (не є достатньо стійким, але не повністю порушений). Саме такі (стресостійкі і завзяті) особистості готові очолювати колектив у складні періоди, в яких доводиться мобілізувати весь запас внутрішньої енергії, але у процесі надання психологічної допомоги їх навички стресостійкості збільшуватимуться і надалі можна отримати більш позитивні зрушення. Окрім того, нами були визначені ознаки стабільного настрою, відсутність проявів астенії і депресивного стану. Це не означає, що цим фахівцям не потрібна кваліфікована психологічна допомога. Навпаки, щоб вони і надалі могли належним чином працювати і приносити користь не лише нужденним, а й своїм колегам, їх емоційну рівновагу потрібно жити, навчаючи корисним навичкам і технікам відновлення у складні часи. Окрім того, позитивний момент полягає у тому, що в жодній людині з групи досліджуваних не спостерігається симптомів депресивного стану як такого. Це означає, що не використовуючи медикаментозну терапію можливо покращити наявний стан справ, вміло використовуючи допомогу психологічну.

### Висновки до розділу 3

За результатами проведеного психодіагностичного дослідження та його подальшої обробки ми прийшли до наступних висновків:

1. Для проведення ґрунтовного дослідження було обрано колектив медичних працівників первинної ланки системи охорони здоров'я на підприємстві КНП «Центр первинної медичної допомоги м. Бахмута». Ними стали 34 медичні працівники, серед яких були лікарі-терапевти та лікарі загальної практики сімейної медицини, медичні сестри різного профілю.
2. В ході виконання розрахунків результатів використовуваних методик ми можемо стверджувати, що емоційна рівновага більшості осіб з групи досліджуваних порушена, що неодмінно впливає на якість виконання

професійних обов'язків. Отримати результати цілковитої норми у переважної більшості опитуваних було малоймовірно, оскільки вимоги до сучасної професійної діяльності медичних працівників сягають такого рівня, який цілковито ресурсна та стресостійка особистість довгий час витримати не зможе. Окрім того, реалії сьогодення такі, що медикам доводиться не тільки надавати медичну допомогу якісно, а й вміти опанувати власну тривогу у зв'язку із цілком об'єктивними страхами щодо власного життя. Не враховуючи те, що більшість отриманих результатів підтверджує нашу гіпотезу щодо необхідності створення психокорекційної програми для подолання негативних емоційних станів в групі досліджуваних медиків, 3% опитуваних мають досить оптимістичний погляд на життя, стабільний емоційний стан і відсутність ознак астенії та депресивного стану.

## **РОЗДІЛ 4. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА. ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ПРЕДСТАВНИКІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ**

### 4.1 Поняття про психокорекцію. Принципи складання психокорекційних програм.

За визначенням Р.С. Немова [66], «психокорекція» - сукупність психологічних прийомів, які використовуються психологами для виправлення недоліків поведінки або психології. Головна умова – людина психічно здорова. Термін «корекція» буквально означає «виправлення».

Психокорекція – система заходів, що спрямовані на виправлення недоліків психології або поведінки людини за допомогою спеціалізованих засобів психологічного впливу. Важливо зазначити, що психокорекції підлягають недоліки, що не містять органічної основи і не представляють собою стійкі якості, що не змінюються.

У попередньому розділі роботи ми провели дослідження з метою діагностувати актуальний емоційний стан групи досліджуваних медпрацівників в умовах сьогодення: військовий стан на території України та пандемія коронавірусної хвороби, яка досі шириться світом, але фундаментальні результати були встановлені завдяки тестуванню медиків. Було встановлено, що більшість з опитуваних оцінюють свій емоційний стан, як такий, що потребує корекції: тривожність, невпевненість, безпорадність, лабільність нервової системи та поступово зростаючий рівень астенії. Все вищезазначене може призвести до того, що медики не зможуть надалі виконувати свої професійні обов'язки, а їх емоційний стан погіршуватиметься. Цими результатами ми керувалися, плануючи розробку психокорекційної програми. Адже потрібно враховувати, що подібні стани можуть призвести до повного емоційного вигорання, що веде за собою зменшення кількості висококваліфікованих

фахівців у галузі медицини в той час, коли на них покладено надважливу роль. Це особливо небезпечно на сьогоднішній день.

Складаючи психокорекційну програму для досліджуваних, ми спиралися на низку загальновідомих принципів. Тож розглянемо основні з існуючих.

- 1) Принцип системності корекційних, профілактичних та розвивальних завдань наголошує на тому, що успіх будь-якої психокорекції залежить від того, чи була вона сформульована, як система завдань з трьох рівнів: корекційного – виправлення відхилень; профілактичного – попередження відхилень; розвивального – стимулювання змісту розвитку.
- 2) Принцип єдності корекції та діагностики. Відображує цілісність процесу надання кваліфікованої психологічної допомоги.
- 3) Принцип пріоритетності психокорекції каузального типу. Означає, що актуальною метою проведення корекційних заходів є ліквідувати причини труднощів та відхилень у розвитку.
- 4) Діяльнісний принцип корекції - визначає тактику проведення корекції.
- 5) Принцип врахування віково-психологічних та індивідуальних особливостей клієнта. Цей принцип дозволяє визначити програму оптимізації розвитку в межах вікової норми та індивідуальності кожного клієнта і спирається на тому, що клієнт має право на самостійний вибір свого життєвого шляху.
- 6) Принцип комплексності методів психологічного впливу. Наголошує на необхідності використання всього різноманіття методів, прийомів і технік.
- 7) Принцип активного залучення до процесу корекції найближчого оточення клієнта. Базується на тому, що об'єктом розвитку є не ізольована особистість, а цілісна система соціальних відносин.
- 8) Принцип опори на різноманітні рівні психічних процесів. Під час створення психокорекційних програм необхідно спиратися на більш розвинуті психічні процеси та використовувати методи, які їх активізують. Це найефективніший шлях корекції перцептивного та інтелектуального розвитку.

- 9) Принцип програмованого навчання. Найкраще працюють програми, що складаються з послідовних дій, які виконуються на початку з психологом, а потім клієнтом самостійно.
- 10) Принцип ускладнення. Кожне завдання повинно складатися з певних етапів: від найпростішого до максимально складного. Це дозволяє підтримувати жвавий інтерес у процесі корекції. Активність клієнта – запорука успішної роботи!
- 11) Врахування ступеню різноманіття матеріалу та його об'єму. Під час реалізації корекційної програми потрібно переходити до нового об'єму тільки після того, як клієнт буде сміливо володіти тими чи іншими вміннями, тобто поступово.
- 12) Врахування емоційної складності матеріалу. Усі техніки та прийоми, що використовуються психологом повинні створювати у клієнта позитивний емоційний відгук і завершуватися заняття завжди повинно на позитивному емоційному фоні.

Важливо: програма психокорекційного впливу повинна бути психологічно обґрунтованою. Окрім того, нами враховується існуючий дефіцит часу, тому підібрані вправи мають бути максимально ефективними та не дуже об'ємними.

#### 4.2 Особливості психокорекції негативних емоційних станів дорослих людей у скрутних життєвих обставинах

Складні життєві обставини охоплюють коло соціально-комунікаційних, економічних, вікових, медичних, родинних проблем та викликів, які людина не в змозі подолати самостійно. Такі обставини провокують виникнення у людини бажання дистанціюватися від актуальної ситуації, що призводить до соціальної дезадаптації особистості, випадання її зі звичних соціальних систем.

Емоційна рівновага будь-якої людини - один з механізмів інтеграції людини як цілості – духовної, психічної і тілесної. Вона є головним чинником саморегуляції психіки людини. Своєчасне використання методів психокорекції

негативних емоційних станів особистості дозволяє створити психологічні умови для формування оптимальних, ресурсних психічних станів.

Ю.А. Александровський, А.В. Гостюшин та С.Н. Єніколопов [66] сформулювали основні підходи щодо корекції негативних емоційних станів. Їх мета - напрацювання відчуття «контролю над травмою».

С.Н. Єніколопов [66] розглядає чотири стратегії психокорекції негативних емоційних станів. Б. Колодзін підкреслює важливість напрацювання навичок позитивного ставлення до свого стану. О.Л. Пушкарьов [59] пропонує методи, що спрямовані на усунення наслідків психотравми.

Стратегії психокорекції за С. Н. Єніколоповим [66] :

1. Підтримка адаптивних навичок «Я». Передбачає формування позитивних терапевтичних стосунків, в яких існує можливість спільного обговорення різних проблем, що викликають емоційну дезадаптацію, а також способів їх адекватного вирішення.

2. Зменшення уникнення. Зменшення уникнення - основна стратегія сучасної психокорекції в питаннях психотравми. Стратегія уникнення позбавляє людину можливості самостійно переробити травматичний досвід, оцінити актуальну ситуацію і сприйняти її максимально. Окрім того, ця стратегія тільки загострює загострює дезадаптивний стан. У нашому дослідженні ми стикаємося не просто з людьми, а з тими, хто кожен день має мобілізувати левову долю зусиль на тих, хто потребує допомоги із проблемами фізичного характеру: поранення, соматичні хвороби і т. д. Саме тому вибір стратегії уникнення з їхньої сторони у негативній формі позначатиметься на пацієнтах і надалі погіршуватиметься стан медиків (виникнення почуття провини, невиконання службових обов'язків, синдром емоційного вигорання).

3. Формування позитивного ставлення до стану. Важливо зазначити, що особи у складних життєвих обставинах з ознаками негативних емоційних станів переживають події, які виходять за межі нормального людського досвіду. Наприклад, військовий стан на території України є більш, ніж виходом за межі людського досвіду. Безперечно, генетична пам'ять людей зберігає спогади щодо

Великої Вітчизняної війни, але це не одне й теж саме, що переживати увесь цей спектр емоцій повторно. Сучасні методи психокорекції орієнтовані на те, щоб допомогти людям визнати доцільність їх реакцій з урахуванням пережитих ними екстремальних обставин. Зміни, що відбуваються з людьми, мають зовнішні причини, але через життєву важливість (загроза життю) набули інтеріоризованого характеру. На думку М. Еріксона [48], основний закон людського існування – вміння адекватно ставитися до будь-яких змін у власному стані. Б. Колодзін [56] стверджує, що негативні емоційні стани виникають у житті будь-якої людини і є важливою частиною її досвіду. Коли людині надається право пережити увесь спектр своїх емоцій (навіть деструктивних), градієнт цих емоцій зменшується.

4. Психокорекційні методи у процесі подолання негативних емоційних станів містять роботу із переживанням горя, зменшення фобійних реакцій, розповідь історії травми, рольові ігри, гіпносугестію, аутосугестію, а також інші індивідуалізовані види психокорекції.

З приводу класифікації методів, що спрямовані на усунення негативних станів, класифікація Л. Пушкарьова [46], на нашу думку, є найбільш ефективною:

1. Освітні методи передбачають знайомство з основними концепціями негативних емоційних станів, обговорення сучасної наукової літератури з цієї проблеми та виявлення можливих методів психокорекції;
2. Методи холістичного ставлення до здоров'я надають змогу виявити позитивні боки здорового способу життя. Фізична активність, правильне харчування, відмова від вживання психотропних речовин;
3. Методи соціальної підтримки і соціальної інтеграції: сімейна та групова терапія, самодопомога, а також підтримка різними громадськими організаціями.

### 4.3 Характеристика психокорекційної програми

Будь-яка психокорекційна програма спирається та повинна будуватися на основі низки критеріїв. Тож розглянемо критерії психокорекційної програми для групи медиків.

1. За характером спрямованості: симптоматична. Передбачає короточасну взаємодію з метою подолання негативних емоційних станів медпрацівників.
2. За змістом: корекція поведінкових аспектів та сфери міжособистісних та внутрішньогрупових стосунків медичних працівників з колегами, пацієнтами та адміністрацією.
3. За формою роботи: групова.
4. За наявністю заздалегідь створеного плану: програмована.
5. За характером коригуючих впливів: директивна.
6. За тривалістю: швидка (короточасна), що використовується для вирішення актуальної проблеми.
7. За масштабом завдань, що вирішуються: приватна. Використовуються спеціально підібрані методики, які адаптовані відповідно до вікової категорії та сфери діяльності.

### 4.4 Основний підхід у межах психокорекційної програми для групи досліджуваних

Сучасна психокорекція оперує безліччю різноманітних підходів, якими можна ефективно користуватися у психологічній практиці. Враховуючи наявний дефіцит часу і необхідність надання групі досліджуваних медиків необхідної психологічної допомоги, ми визначились із тим, що найбільш доцільним у нашій роботі буде застосування поведінкового підходу, який бере свій початок ще з робіт А. Лазаруса [2], хоча його основою є біхевіоризм. Поведінковий підхід базується на трьох основних тенденціях: класичне і оперантне обумовлення та



мультимодальна поведінкова корекція. Більша частина психокорекційного впливу стосуватиметься останніх двох тенденцій. Поведінковий підхід заснований на тому, що центральне місце займає вплив на цілісну організацію особистості. Людина - активній діяч, вона може своїми діями змінити навколишню дійсність. В межах цього підходу був розроблений цілий ряд методик моделювання поведінки, завдяки яким ми плануємо усунути прояви деструктивних емоцій у медпрацівників. У процесі діагностики виявилось, що в опитуваних переважає відчуття тривоги, невпевненості у собі, безпорадності, в окремих осіб навіть ознаки астенії. Ми усвідомлюємо, що це дезадаптивна небезпечна поведінка для людини і фахівця-медика, оскільки вони працюють з хворими людьми. Медикам потрібно не тільки надавати допомогу якісно, а й в певних ситуаціях створювати психологічний бар'єр для самозахисту від негативного навіювання. Використовуючи техніки вищезгаданого підходу ми зможемо реалізувати побудову нових моделей поведінки для опитуваних, ліквідувати епізоди неадаптивної поведінки, покращити емоційну рівновагу. Важливо зазначити, що психокорекційний вплив відбувається без заглиблення до глибинних конструктів, що також є значним плюсом за існуючих обставинах дослідження.

#### 4.5 Програма психокорекційного впливу на групу досліджуваних

1. Мета: за результатами проведеної психодіагностики підібрати методи корекції встановлених негативних емоційних станів: тривога, безпорадність, невпевненість у собі, апатія.
2. Завдання:
  - 1) Подолання дезадаптивних форм поведінки і негативних емоційних станів;
  - 2) Вироблення альтернативних моделей поведінки існуючим;
  - 3) Активізація ресурсів самодопомоги і сприйняття психотравмуючої ситуації;
  - 4) Стимулювання самоконтролю та самоорганізації;
3. Методи:

- 1) Метод систематичної десенсибілізації. Заснований на механізмі контрбумовлення. Мета: ліквідація дезадаптивної поведінки.
  - 2) Методика «скілл-терапії». Мета: розвиток саморегуляції та самоконтролю.
  - 3) Метод психогімнастики. Мета: створення резервів самовідновлення, стабілізації свого емоційного стану.
  - 4) Метод соціально – психологічного тренінгу. Мета: створити умови для якісно нового стилю спілкування в межах тренінгової групи (колеги – медики); навчання ефективної взаємодії та взаємоповаги.
  - 5) Бесіда з учасниками процесу психокорекції до початку роботи. Мета: налаштування контакту, бажання співпрацювати.
4. Кількість занять: 8 зустрічей.
5. Час занять: тривалість кожної зустрічі 1 - 1,5 години.

Блоки програми:

1. Діагностичний. Цей блок в межах нашої програми передбачає діагностику емоційного стану медичних працівників, встановлення можливих наслідків (відповідно до результатів діагностики); на основі результатів та прогнозу наслідків формується загальна програма психокорекції. З метою моніторингу емоційного стану досліджуваних до процесу надання психологічної допомоги та після нами були обрані наступні методики:
  - 1) Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уесманна і Д. Рікса [80]. Дана методика має вигляд опитувальника, яка застосовується для самооцінки емоційних станів. Дана методика ефективна, оскільки нам необхідно швидко виявити зміну емоційного стану людини протягом певного періоду часу. Саме ці умови задовольняє даний опитувальник.
  - 2) Методика «Оцінка ступеня зниженого настрою - субдепресії» В. Зунга в адаптації Т. М. Балашовою [75]. Дозволяє діагностувати втому, передвісники депресивного розладу.
  - 3) «Шкала астеничного стану» Л. Д. Майкова і адаптації Т. Г. Чортової [72]. Створена на базі клініко-психологічних спостережень і опитувальника

ММРІ. Шкала передбачає відповіді на питання, що відбивають основні характеристики астеничного стану. Потребує створення спеціальних умов для психологічного комфорту досліджуваних.

Потрібно зазначити, що вищеперелічені методики є валідними, надійними та репрезентативними. Вищеперелічені ознаки відповідають вимогам дотримання чистоти психологічних досліджень.

2. Установчий. На даному етапі реалізації психокорекційної програми була проведена попередня зустріч із групою учасників психокорекції у формі бесіди. Це потрібно задля того, щоб познайомитися, створити атмосферу у групі, налаштуватися на плідну роботу, стимулювати бажання змінити існуючий стан справ.
3. Корекційний. На даному етапі нами проводилась активна робота з групою, реалізація встановлених на початку завдань завдяки вищезгаданим технікам роботи. Учасники психокорекції поступово навчалися методам психогімнастики, навичкам самоконтролю, методам подолання негативних емоційних станів: тривога, безпорадність, відсутність бажання до роботи і спілкування.

Варто зазначити, що весь комплекс занять проходив безпосередньо за місцем праці опитуваних. Група досліджуваних поділена на дві підгрупи, психокорекційні вправи проводились із кожною підгрупою раз на тиждень.

4. Оцінка ефективності корекційних впливів. Оцінка ефективності надання психологічної допомоги та корекції здійснювався за допомогою проведення зрізу методиками, вказаними вище. З метою моніторингу більш довготривалого впливу даної психокорекційної програми, нами планується проведення інтерв'ю з учасниками після двох та шести місяців. Окрім того, після інтерв'ю планується бесіда із адміністрацією лікувальної установи. Плануючи такий захід ми виходили з переконань у тому, що покращення емоційного стану медичних працівників неодмінно відображується на ефективності праці

і тому, якщо внутрішній стан досліджуваних дійсно покращився, адміністративний склад лікувальної установи це відзначить.

#### 4.6 Звітні та статистичні дані за проведеним дослідженням емоційного стану медпрацівників після реалізації психокорекційної програми

Для повторного оцінювання емоційного стану групи досліджуваних було обрано методики, якими використовувалися перед реалізацією психокорекційної програми. До них відносяться: методика самооцінки емоційних станів, розроблена американськими психологами А. Уессманом і Д. Ріксом [80], шкала субдепресії та зниженого настрою В. Зунга у адаптації Т. М. Балашової [75], шкала астеничного стану розроблена Л . Д. Майковим і адаптована Т. Г. Чортовою [72] на базі клініко – психологічних спостережень і опитувальника ММРІ.

Повторна процедура дослідження відбулась на восьмому (останньому) психокорекційному занятті. Місцем проведення дослідження було обрано конференц-зал лікувальної установи. Під час проведення процедури дотримувались всі необхідні умови. Потрібно відзначити, що після здійснюваних психокорекційних впливів група досліджуваних з більшою активністю реагували на пропозицію повторного проходження опитувальників.

Після проведення обробки результатів дослідження нами були визначені середні значення показників кожної методики. Тож, розглянемо отримані дані:

##### 1. Методика А. Уесманна і Д. Рікса [80]

В обох випадках, до та після реалізації програми психокорекції, за допомогою даною методики були визначені середні значення за наступними полярними ознаками стану: «спокій – тривожність», «енергійність втома», «піднесеність-пригніченість», впевненість – безпорадність». За актуальним середнім значенням показника «спокій-тривожність» ( $M = 5,6$ ) можна стверджувати про те, що в більшості досліджуваних відіічається зменшення тривоги і відсутність явного переважання одного з полюсів. За середнім

значенням показника «енергійність – втома» ( $M = 5,9$ ) ми спостерігаємо майже аналогічну ситуацію. Відмінність полягає в тому, що дана ознака максимально наближена до того, щоб стверджувати появу у медиків активності, жаги до діяльності, ініціативу. За середнім значенням показника «піднесеність – пригніченість» ( $M = 5,2$ ) можна зробити висновок щодо значного зменшення стану пригніченості. Ми не можемо стверджувати, що ця ознака остаточно не хвилює медиків, але у конкретний час проходження тестування її не було діагностовано. Середні значення показника «впевненість – безпорадність» ( $M = 5,2$ ) сягають того рівня, коли обидва показники не мають явного переважання одного з полюсів. Наявний показник – доказ того, що після реалізації програми в опитуваних додалося більше впевненості і сміливості, що позитивно відбиватиметься на їх професійній діяльності. Загалом, середні значення емоційного стану сумарно ( $M = 21,9$ ) підпадають під показник середньої оцінки емоційного стану за ключем методики. Загалом, середнє значення сумарної оцінки емоційного стану збільшилося, але за розшифровкою характеризується як середній рівень емоційного стану. Даний результат можна трактувати як позитивний з тих причин, що показники не погіршилися, а очікувати змін у результатах тестування до бездоганного рівня було мало ймовірно. На діаграмі ми можемо побачити, як досліджувані ознаки після застосування психокорекційних занять набули приблизно однакових значень у межах середнього рівня вираженості. Це доводить наявність позитивної динаміки в питаннях доцільності надання психологічної допомоги медпрацівникам.



Рис. 4.6.7. Методика А. Уесманна і Д. Рікса № 2

## 2. Шкала Зунга в адаптації Т. М. Балашової [75]

За допомогою даної методики ми визначали певні показники, що стосуються настрою досліджуваних, а саме: «відсутність зниженого настрою», «легка депресія», «субдепресивний стан», депресивний стан. Раніше ми визначилися, що поняття «депресія» означає наявність серйозного психічного розладу, який успішно піддається психокорекції. У першій частині дослідження нами не були діагностовані депресивні розлади, але отримали показники «легкої депресії» (у значній кількості) та субдепресивного стану, який є передвісником справжньої депресії. Це дуже небезпечний стан для будь-якої людини, особливо для медичного працівника, який стоїть на захисті як фізичного, так і психічного здоров'я пацієнта. Відсутність ознак депресії, бажання належним чином виконувати свої професійні обов'язки - необхідна умова успішної роботи у медичній галузі. Це стосується всіх ланок медичної структури: від молодших медичних сестер до керівника лікувальної установи. Варто наголосити, що наші очікування справдилися в обох випадках і ми не отримали результати щодо вищеприписаного стану. Натомість, середнє значення за даною методикою (після проведення серії психокорекційних занять із групою досліджуваних)  $M = 50,9$ . Такий результат відповідає показнику «легка депресія». До початку реалізації програми психокорекції середнє значення за групою також діагностувало у більшості «легку депресію», але все ж таки цей показник зменшився (з  $M = 54,9$ ).

Такі результати вкотре доводять, що «легка депресія» це різновид депресивного розладу, який людина здатна подолати самостійно або з психологом чи психотерапевтом. Окрім того, наразі тринадцять осіб замість п'яти не мають проявів зниженого настрою. Це означає, що в колективі є достатньо стресостійкі особистості, але треба цю стресостійкість підтримувати в сучасних умовах життя. Щодо субдепресивного стану, який ми досліджували, наразі даний настрій переважає у 2 (замість 6) осіб з групи досліджуваних. Ознак депресивного стану діагностовано не було. На діаграмі ми можемо наочно оцінити зміни у настрої групи досліджуваних медичних працівників у бік поліпшення стану.



Рис. 4.6.8 Шкала Зунга № 2

#### 4. «ШАС» в адаптації Т. Г. Чортової [72]

У ході використання даної методики вперше ми орієнтувалися підтвердити результати попередньої методики, оскільки вона досліджує прояв астеничного стану в групі досліджуваних. Нами було визначено, що астеничний стан допомагає нервовій системі захищатися від деструктивних екзогенних та ендогенних чинників, але за умов відсутності навичок долати стан «постійної оборони» відбувається неминуче виснаження запасів організму. За даною

методикою ми визначали такі показники астенічного стану: «відсутність астенії», «слабка астенія», «помірна астенія», «виражена астенія». Після проведення тренінгових психокорекційних занять, середнє значення за даною методикою ( $M = 61,1$ ), як і раніше, відповідає показнику слабкої астенії, що за своїми симптомами наближується до легкої депресії, яку ми визначали за минулої методикою. Але варто зазначити, що зрушення у позитивний бік наявні, оскільки встановлене середнє значення після програми тепер наближується більше до «відсутності астенії» ніж до «помірної астенії», яка є більш небезпечною для емоційного стану колективу медпрацівників. Окрім того, як і в минулій методиці, нами був встановлений показник «відсутність астенії» (у кількості 10 осіб), що підтверджує переважання у групі осіб із стійким психологічним опором до несприятливих екзогенних чинників. Показник «помірна астенія» набув змін у бік зменшення, це позитивно впливає на загальний стан фахівців. Найбільш серйозний ризик мають респонденти, відповіді яких підпадають під категорію «виражена астенія», але таких відповідей у процесі повторного дослідження ми не отримали. До речі, спеціальні умови, які мали бути дотримані для проведення цієї процедури тестування, були виконані.



Рис. 4.6.9.. Шкала астенічного стану № 2



Отже, в ході проведення підрахунків результатів тестування групи досліджуваних після проведення реалізації психокорекційної програми довела, що емоційний стан більшості осіб з групи досліджуваних зазнав істотних змін у бік покращення. В сучасних реаліях життя, група досліджуваних медиків проводить над собою велику працю аби зберегти власний ресурс, боронити здоров'я громадян і своє власне. Реалії сьогодення такі, що кожен має надавати допомогу одне одному: медики – громадянам і військовим, а психологи всім вищепереліченим і медикам також. Кваліфікована психологічна допомога – це змога навчитися ідентифікувати власні емоції, керувати ними без шкоди для самого себе, опанувати страх і агресію.



Рис. 4.6.10. Відсоток вираженості станів

На діаграмі детально зображено у відсотковому співвідношенні ступінь вираженості досліджуваних станів після проведення занять із медиками.

Позитивні зрушення у стані медиків можна відзначити ще й з тих причин, що показники «виражена астения» та «субдепресивний стан» зменшилися, а деякі і взагалі більше не діагностувалися. Варто зазначити, стабільний емоційний стан наразі відзначається у 31% опитуваних, це доводить ефективність програми психокорекції. Важливо розуміти, що особистостям, професія яких пов'язана із збереженням здоров'я нації, профілактикою різноманітних хвороб, самим потрібна допомога аби не розвинувся синдром емоційного вигорання, стан деперсоналізації і т. д. Найбільший оптимізм ситуації у тому, що в жодної людини з групи досліджуваних не спостерігається симптомів депресивного стану до проведення тренінгових занять і після них. Це означає, що градієнт психокорекційного впливу не переходив особистісних кордонів.

Окрім аналізу змін у відповідях респондентів до та після реалізації психокорекційної програми за середніми значеннями та відсотковим співвідношенням, ми поставили на меті дослідити достовірність відмінностей за допомогою непараметричного статистичного критерію Вілкоксона [6] для залежних вибірок. Таким чином, ми будемо керуватися достовірними статистичними даними для формування ґрунтовних висновків за результатами роботи.

Таблиця 4.6.11. Відмінності між показниками до та після участі медичних працівників у психокорекційній програмі

Показники	Етапи дослідження		р
	Констатувальний	Контрольний	
Спокій	4,58 ± 1,25	5,61 ± 1,30	0,000
Тривожність	3,5 ± 1,25	3,5 ± 1,30	- 4,085
Енергійність	4,85 ± 1,55	5,85 ± 1,23	0,000
Втома	3,3 ± 1,55	3,5 ± 1,23	- 4,211

Піднесений настрій	4,67 ± 1,42	5,23 ± 1,37	0,000
Пригніченість	3,4 ± 1,42	3,8 ± 1,37	- 3,819
Упевненість	4,17 ± 1,29	5,20 ± 1,06	0,000
Безпорадність	3,4 ± 1,29	4 ± 1,06	- 4,878
Депресія	54,55 ± 5,21	50,94 ± 4,30	0,000
Астенія	68,50 ± 16,29	61,14 ± 13,76	0,000

Наведені вище таблиці узагальнюють динаміку змін у досліджуваних показниках групи медиків за трьома діагностичними методиками.

Динаміка змін досліджуваних показників згідної тестової методики А. Уесманна і Д. Рікса [80] після реалізації програми психокорекції для медичних працівників:

1. **Спокій.** У літературі стан спокою описується як умова відновлення функціональних систем організму людини. В сучасних реаліях навичка заспокоюватися є необхідною аби продовжувати жити повноцінним життям, наскільки це можливо. До етапу надання психологічної допомоги група досліджуваних медиків майже втратила цю здатність, оскільки вони постійно були задіяні у процес надання медичної допомоги без можливості відновити власні ресурси. В процесі реалізації психокорекційної програми ми ставили за мету навчити фахівців відновлювати внутрішній баланс шляхом застосування аутогенного тренування, методик саморелаксації і, головне, аналізу тригерної ситуації. Тільки та людина, яка вміє аналізувати причини свого розбалансування, може його стабілізувати. Ми вважаємо закономірним наявність позитивних змін цього показника, адже на нього у програмі було виділене окреме заняття.
2. **Тривожність.** Тривога є досить неоднозначним явищем у людському житті. Тривога, з одного боку, змушує людину бути більш уважним

до навколишнього світу, відчувати потенційну небезпеку і реагувати на неї. З іншого боку, тривога, яка фоново супроводжує людину кожну хвилину її життя, заважає їй раціонально мислити і взаємодіяти із навколишнім світом без остраху. Сьогодні надмірний рівень тривоги спостерігається майже у кожного пересічного громадянина України, тим паче у військових і медиків. Ми досліджували наявність тривоги у досліджуваній групі з метою підтвердити нашу гіпотезу щодо надмірного рівня її вираженості, а також можливості її корекції. Потрібно відзначити, що помітних результатів нам отримати не вдалося. Ми пов'язуємо це з адекватними причинами. По-перше, людина, яка бере участь у психологічному дослідженні, потрапляє в умови середнього рівня комфорту, адже змінюється звичний стиль життя на певний проміжок часу. Сьогодні медики звикли виконувати свої дії більш механізовано і відсторонено, адже в умовах війни їм потрібно діяти швидко і ефективно. По-друге, в процесі тренінгових занять колеги здійснювали спробу повторно відкритися один перед одним з більш інтимного боку, що також провокує стан тривоги. По-третє, важливо не виключати того факту, що медики – це відмінники по життю (так прийнято вважати), оскільки вони постійно мають професійно та особистісно зростати і кожне нове навчання активізує в них бажання реалізуватися попри всі умови. Ми вважаємо, що отримані результати справедливі і медикам потрібно й надалі використовувати надані у процесі навчання техніки аби рівень тривоги поступово зменшувався.

3. Енергійність. Енергійність пов'язують із добробутом в житті людини, адже тільки енергійна особистість здатна ефективно долати труднощі, реалізовувати власні наміри і досягати поставлених цілей. Ми визначали рівень енергійності медиків аби зрозуміти, наскільки вони здатні продовжувати боротьбу за людське життя, не забувати

про себе і своє особисте життя, наскільки вони задоволені тією функцією, яка на них лежить. До того, як розпочалися тренінгові заняття, енергійність медиків мала лише тенденцію до зниження. Понаднормовий робочий день, відсутність комфортних умов роботи, постійний тиск з боку зовнішньої ситуації в країні провокує апатію і роздратованість. Ми очікували покращення даного показника після серії занять, тому що в них лєвова доля часу була відведена вправам на самоцінність, навичкам цілепокладання і оптимістичного погляду на життя.

4. Втома. Втоменість як показник цікавив нас у процесі дослідження як рушійна сила у формуванні астенії і депресії, які ми вивчали далі. Втома – це «світанок» більш сталих психічних порушень, які впливають на особистість людини. Втома виникає від надмірних навантажень, які людина не може подолати за об'єктивних причин: відсутність можливості вплинути на ситуацію, перманентна тривожність, робота на межі власних сил. Потрібно відзначити, що нам не вдалося значно покращити даний показник, адже навіть присутність людини на цікавих тренінгових заняттях, навіть надання собі допомоги також вимагає від людини додаткових ресурсів. Ми також прийшли до висновку, що представлену психокорекційну програму необхідно коригувати додаванням в її склад вправ з елементами йоги, які надають не тільки психологічне розвантаження, а й фізичне.
5. Піднесений настрій. Сутність даної категорії розкривається нами не стільки в професійному аспекті досліджуваних, скільки в особистісному. Наявність у внутрішньому стані людини такої категорії говорить про могутність її духу, внутрішню силу для подальших її перетворень. Нам вдалося розкрити її на тренінгу і зміцнити шляхом використання вправ на самовдосконалення і

саморозвиток. Після повторної психодіагностики дана категорія дійсно змінила свої показники в бік покращення.

6. Пригніченість. Стан пригніченості також вказує на можливий розвиток депресивних розладів і саме тому ми мали на меті його діагностувати. Людина в пригніченому стані переживає велику кількість емоцій водночас: від деструктивних до позитивних. Справедливо вважати, що сьогодні пригнічення супроводжує безліч людей, які втратили здатність об'єктивно оцінювати навколишню дійсність, масив емоцій починає «тиснути» на них і в результаті людина спустошується. Те ж саме відбувається і з досліджуваними. Їм складно відчувати стан щастя після успішного лікування пацієнта, адже за дверима його очікують ще сто, військовому медику така ситуація взагалі може здатися сумною. Ми не очікували значного покращення в даному випадку, адже навіть у процесі психокорекції ми знов і знов викликали у медиків емоції, стимулювали їх здатність аналізувати, чим ще більше викликали амбівалентність. Проте ми вважаємо, що це робити необхідно, тому що тільки так людина зможе аналізувати власний внутрішній стан і співвідносити його із потребами навколишнього середовища.
7. Упевненість. Даний показник напряму пов'язаний із відчуттям безпеки. Досягти цього було малоймовірно. Сьогодні немає людей, які б на сто відсотків відчували себе впевненими в тому, що вони у безпеці, таким механізмам підпорядкована довготривала пам'ять: коли нещодавно переживаєш травмуючу ситуацію знов і знов, психіка постійно на готові оборонятися від негативних екзогенних впливів. Але та частина психокорекційної програми, де медики навчалися взаємодіяти і допомагати одне одному, висловлювати на адресу своїх колег та близьких приємні слова, сформували відчуття того, що ніхто не залишається сам на сам із своїми страхами та сумнівами, приналежність до групи. Відчуття безпеки здатне

розблокувати сміливість, що притаманна нашим медикам, відновить довіру до своєї інтуїції, зміцнить нічний сон.

8. Безпорадність. М. Селігман [40] у своїх працях детально описував цей стан, коли людина втрачає зданість до спроб поліпшити свою буденність, навколишній світ, людина втрачає життєву енергію. Ми вивчали даний показник у комплексі з тривогою і втомою аби комплексно оцінити їх вираженість, динаміку змін. Насправді, згідно розрахункам і результатам повторного психодіагностичного дослідження, нам вдалося покращити цей показник завдяки залученню в психокорекційну програму вправ на формування впевненості, стійкої життєвої позиції, шляхом складання правил свого життя. Коли у групі підіймаються такі важливі теми, людина крізь біль і втому згадує постулати, яких вона притримувалась протягом життя до періоду настання кризового етапу. Ми вважаємо, що нам необхідно розширювати і насичувати дану програму вправами, в яких людина самостійно вироблятиме свої стратегії життя, будувати ієрархію власних життєвих цінностей.

В межах методики В. Зунге [75], нами вивчалась наявність депресивного стану в групі досліджуваних. Як було зазначено раніше, різновиди депресивного стану: легка депресія, субдепресивний епізод є небезпечними до виникнення справжньої депресії, яка є окремим захворюванням і потребує довготривалої психотерапевтичної роботи.

1. Легка депресія. До початку реалізації психокорекційної тренінгової програми переважна більшість респондентів перебували у стані легкої депресії, про що свідчать розрахунки у попередніх параграфах. Стан легкої депресії дійсно щаважас належним чином виконувати медикам професійні обов'язки, але її можливо скоригувати тією програмою, яка нами була запропонована досліджуваним. Після реалізації програми психокорекції цей показник помірно зменшився , але також відповідає

градації «легка депресія». Ми пов'язуємо такі результати із тим, що компоненти програми містили недостатньо кількість вправ, спрямованих на формування життєвих навичок. Вірогідно, у цьому аспекті необхідно внести корективи в даній програмі (розширення кількості занять, збільшення кількості вправ на формування життєвих навичок).

2. Відсутність зниженого настрою. На початку дослідження даній категорії відповідала переважна меншість опитуваних, оскільки на досліджуваних не було спрямовано ніякого впливу, не надавалась психологічна допомога. Відсутність зниженого настрою ще не свідчить про те, що він позитивний, тому його динаміку також потрібно було відслідковувати. Після реалізації психокорекційної допомоги даний показник за цією методикою збільшився, що свідчить про зменшення ризику виникнення депресивного стану. Ми вважаємо, що на збільшення цього показника вплинула наявність вправ на формування позитивного світогляду.
3. Субдепресивний стан і депресія. Дані показники вивчались нами окремо, але ми утримували ідею, якщо за результатами первинного тестування ці показники будуть переважаючими, то створення вищезгаданої програми буде сумнівним. Субдепресивний стан це і є депресивний стан, але без яскравих нав'язливих суїцидальних думок. Ми враховували, що однією лише груповою психокорекцією за умов ліміту часу ми не впораємося із поставленими завданнями роботи. Не дивлячись на загрозу, нами була включена дана діагностична методика аби сформулювати ґрунтовні висновки і стимулювати більш кваліфіковану допомогу спеціалістів: психіатрів і психотерапевтів. Проте таких результатів ми не отримали і змогли продовжувати роботи. Беззаперечно, поодинокі відповіді, які підпадали під цю градацію фігурували, але після тренінгових занять вони перемістилися під категорію «легка депресія». Ймовірно, саме тому ми бачимо динаміку змін в межах цієї методики, але не так яскраво.

За допомогою шкали астенічного стану до та після низки тренінгових занять ми досліджували наявність того чи іншого ступеню астенії. У ході



розрахунків встановлено, що зберігається та ж сама тенденція, як і у другій методиці:

1. Статистичний показник відповідає градації «слабка астенія», але і вона, у порівнянні з першими результатами, зменшилась. Ми пов'язуємо цей факт із тим, що астенія, як стан нервово-психічної слабкості, перебуває у тісній взаємодії із депресивним станом. Тож з цих причин ми спостерігаємо тут аналогічну ситуацію. Використані нами вправи на аналіз тригерної ситуації і моделей власної поведінки доводять свою ефективність у роботі із астеніями, апатіями і депресивними станами.
2. Показник «виражена астенія», який свідчить про хронічний стрес і виснаження, який не зникає навіть після відпочинку і провокує професійні деформації, діагностовано не було. Ми пов'язуємо це із тим, що в сучасних умовах стрес функціонує таким чином, що стимулює останні людські та професійні резерви медиків, перетворюючи їх у категорію надрезервів, тому вони не здатні у деяких випадках відповідати на питання, глибоко аналізуючи власний стан.
3. Відсутність астенії до та після надання психологічної допомоги також має свої відмінності у тому, що до програми цю категорію опитуваних налічувала переважна меншість опитуваних, а після цей показник змінився вбік збільшення. Ми дотримуємося думки, що відсутність чогось ще не свідчить, що це дійсно так. Людина, яка ситуативно відповідає на питання тесту, могла бути недостатньо об'єктивна, а тим паче досліджувана група. Не дивлячись на це, якщо переважаючий показник слабкої астенії зменшився, а вираженої не збільшився

Позитивні зрушення за двома останніми методиками не є дуже помітними, але вони є і це підтверджує ефективність застосовуваної психокорекційної програми для подолання негативних емоційних станів у групі медиків.

Отже, наведені у даному розділі розрахунки, які здійснювались за допомогою критерію Вілкоксона довели, що низка тренінгових занять, реалізованих в межах створеної психокорекційної програми є ефективною у роботі із самовладанням, апатією та професійними деформаціями. Три діагностичні методики, яким ми користувалися для оцінки впливів, демонструють позитивний результат. Особливо ефективною була робота з внутрішньою рівновагою медиків і позитивним мисленням, яка містила не тільки блок навчання практичним навичкам, а й просвітницька робота із групою. Дещо нижчими виявилися показники ефективності програми у роботі із тривогою, яка в залежності від своєї вираженості може потребувати залучення індивідуальної терапії із відповідним фахівцем. В межах нашого дослідження ми пов'язуємо такий результат із тим, що програма потребує допрацювання у вигляді розширення кількості занять, включення додаткових вправ на відпрацювання життєвих навичок.

#### Висновки до розділу 4

Здійснивши аналіз низки існуючих підходів до організації психокорекційної допомоги, ми сформуваємо наступні висновки:

1. Будь-яка програма психокорекційного впливу повинна бути психологічно обґрунтованою. Що стосується нашого дослідження, нами враховується існуючий дефіцит часу, тому підібрані вправи мають бути максимально ефективними та не дуже об'ємними.
2. Своєчасне використання методів психокорекції негативних емоційних станів особистості дозволяє створити психологічні умови для формування оптимальних, ресурсних психічних станів.
3. Створюючи програму психокорекційного впливу для досліджуваних медиків ми були зорієнтовані на цільову аудиторію; стани, які потребують змін. Було прийняте рішення створити програму із чотирьох блоків, яка б охоплювала і практичний, і теоретичний блоки.

4. Аналізуючі існуючі підходи до створення психокорекційних програм, ми вирішили, що найбільш доцільним у нашій роботі буде застосування поведінкового підходу. Він базується на трьох основних тенденціях: класичне і оперантне обумовлення та мультимодальна поведінкова корекція. В межах цього підходу був розроблений цілий ряд методик моделювання поведінки, завдяки яким ми плануємо усунути прояви деструктивних емоцій у медпрацівників.
5. До початку створення програми були описані основні її блоки, організація (місце, кількість людей у групі, тривалість одного заняття) та етапи. Прописані особливості моніторингу за допомогою діагностичних методик.
6. Наведені у даному розділі розрахунки, які здійснювались за допомогою критерію Вілкоксона довели, що низка тренінгових занять, реалізованих в межах створеної психокорекційної програми є ефективною у роботі із самовладанням, апатією та професійними деформаціями. Три діагностичні методики, яким ми користувалися для оцінки впливів, демонструють позитивний результат. Особливо ефективною була робота з внутрішньою врівновагою, яка містила не тільки блок навчання практичним навичкам, а й просвітницька робота із групою. Дещо нижчими виявилися показники ефективності програми у роботі із тривогою, яка в залежності від своєї вираженості може потребувати залучення індивідуальної роботи із відповідним фахівцем. В межах нашого дослідження ми пов'язуємо такий результат із тим, що програма потребує допрацювання у вигляді розширення кількості занять, включення додаткових вправ на відпрацювання життєвих навичок.

## ВИСНОВКИ

1. Багатозадачність в процесі професійної діяльності медичних працівників неминуче може призвести до професійного стресу і такого небезпечного стану як емоційне вигорання. Саме цей феномен, шляхи його подолання та запобігання цікавить нас у процесі дослідження. Для гуманного ставлення медичного працівника до пацієнтів оптимальним є вияв розуміння їхнього суб'єктивного стану, чуйне, але не багатослівне співчуття.
2. Аналізуючи психокорекційну допомогу з метою коригування негативних емоційних станів ми прийшли до висновку, що наразі це дієвий спосіб переживання почуттів, які приховуються людиною від широкого загалу. В контексті даної роботи нами були враховані існуючі різновиди психокорекційної допомоги і встановлено, що для нашої цільової групи (медичні працівники) якнайкращим буде використання групової психотерапії (в умовах дефіциту часу) і поєднання різновидів психокорекції у єдиний тренінг корекції негативних емоційних станів.
3. Копінг включає всі види взаємодії особистості з параметрами зовнішнього або внутрішнього характеру з метою звикнути, оволодіти або ухилитися від вимог в ситуації стресу. Таким чином, аналіз копінг – поведінки медичних працівників і розробка подальших рекомендації у сучасній ситуації з пандемією COVID-19 та військовою агресією Росії проти України вважається актуальним.
4. Сьогодні медичні працівники стикаються із достатнім тиском на психіку, що провокує виникнення таких деструктивних станів як синдром емоційного вигорання, стрес, депресивні стани. З метою збереження психічного стану цієї категорії осіб рекомендується надання кваліфікованої психологічної допомоги у вигляді психокорекції. Екстремальні умови в діяльності медиків – результат дії зовнішніх і внутрішніх чинників. Визначення значущості впливу екстремальних умов

на професійну діяльність медиків не дає нам можливості стверджувати, що саме стримує формування професійного стресу, а що стимулює. Кожна особистість має свій певний набір психологічних та біологічних особливостей. Синдром емоційного вигорання характеризується вираженим симптомокомплексом порушень в психічній, соматичній та соціальній сферах життя. Основна група захисних факторів – психологічні (емоційний інтелект, емпатія, оптимізм, внутрішній контроль та ін.). Їх існування доводить, що із синдромом емоційного вигорання до снаги впоратися будь-якому працівнику медичної галузі. Саме науково-дослідницька діяльність, якою ми і займаємося дозволить нам сформулювати необхідну кількість висновків для розробки ефективних рекомендацій та превентивних заходів.

5. В ході виконання психодіагностичного дослідження нами було встановлено, що емоційна рівновага більшості осіб з групи досліджуваних порушена, що неодмінно впливає на якість виконання професійних обов'язків. Отримати результати цілковитої норми у переважної більшості опитуваних було мало ймовірно, оскільки вимоги до сучасної професійної діяльності медичних працівників сягають такого рівня, який цілковито ресурсна та стресостійка особистість довгий час витримати не зможе. Створюючи програму психокорекційного впливу для досліджуваних медиків ми були зорієнтовані на цільову аудиторію; стани, які потребують змін. Було прийняте рішення створити програму із чотирьох блоків. Аналізуючі існуючі підходи до створення психокорекційних програм, ми вирішили, що найбільш доцільним у нашій роботі буде застосування поведінкового підходу. До початку створення програми були описані основні її блоки, організація (місце, кількість людей у групі, тривалість одного заняття) та етапи. Прописані особливості моніторингу за допомогою діагностичних методик.
6. Наведені у даному розділі розрахунки, які здійснювались за допомогою критерію Вілкоксона довели, що низка тренінгових занять, реалізованих в

межах створеної психокорекційної програми є ефективною у роботі із тривогою, апатією та професійними деформаціями. Три діагностичні методики, яким ми користувалися для оцінки впливів, демонструють позитивний результат. Особливо ефективною була робота із відновленням внутрішньої рівноваги, яка містила не тільки блок навчання практичним навичкам, а й просвітницька робота із групою. Дещо нижчими виявилися показники ефективності програми у роботі із тривогою, яка в залежності від своєї вираженості може потребувати залучення індивідуальної роботи із відповідним фахівцем. В межах нашого дослідження ми пов'язуємо такий результат із тим, що програма потребує допрацювання у вигляді розширення кількості занять, включення додаткових вправ на відпрацювання життєвих навичок, збільшення часу.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Carver C. S. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. C. S. Carver. N.Y.: Journal of Personality and Social Psychology. 1989. pp. 267—283.
2. Lazarus R. S. Stress, appraisal and coping. R. S. Lazarus, S. Folkman. N.Y.: Springer Publishing Company. 1984. 456 p.
3. Батюх О. В. Синдром емоційного вигорання у медичних сестер. О. В. Батюх. Київ. 2011. С. 11–13
4. Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф. Психологическая диагностика интеллекта и личности. В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук. Київ: Вища школа. 1976. С.143
5. Блінов О. А. Інноваційний інструментарій діагностики та психокорекції бойового стресу: [Матеріали наукового семінару «Шляхи розвитку системи морально-психологічного забезпечення у Збройних силах України», 28 листопада 2018 року]. О. А. Блінов. Київ: НУОУ. 2018. С. 24-27
6. Бобко Н. А. Влияние нарушений сна на эффективность умственной деятельности и функциональное состояние хирургов в условиях суточных дежурств. Н. А. Бобко. Український журнал з проблем медицини праці. 2020. №16. С. 293–301.
7. Боднар А. Емоційне вигорання як внутрішньоособистісний конфлікт. Конфліктологічна експертиза: теорія та методика: [Збірка матеріалів XVIII Міжнародної науково-практичної конференції, 2019 р. Київ]. Київ. 2019. С. 60-65
8. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика личности. Л.Ф. Бурлачук. Київ: «Здоров'я». 1989. С.168
9. Василевська О. І. Психічне здоров'я особистості та його підтримка засобами казкотерапії. О. І. Василевська. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2017. С. 29–34.

10. Веракіс А.І. Основи психології: навч. посібник для студентів вищих навч. Закладів. А. І. Веракіс, Ю. І. Завалевський, К. М. Левківський. Харків; Київ. 2005. С. 416
11. Винничук С., Міщина Л. Психологічні особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Теоретико-методологічні проблеми сучасної психології особистості: [Збірка матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції, 23-24 вересня 2021 р., Івано-Франківськ]. Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2021. С. 74-77
12. Винославська О. В., Бреусенко-Кузнецов О. А., Зливков В. Л., Апішева А. Ш., Васильєва О. С. Навчальний посібник: «Психологія». Київ: «ІНКОС». 2005. С. 125-130
13. Вітенко І. С., Чабан О. С. Основи загальної і медичної психології. І.С. Вітенко, О. С. Чабан. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. С.344
14. Гейко Є. В. Теоретико-методологічні засади української психології : монографія. Є. В. Гейко. Кропивницький : «Центр оперативної поліграфії «Авангард». 2019. С.162–181
15. Гомонюк В.О. Профілактика стресових станів сучасного керівника [Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми сучасних наук, Перемишль, 2012 р.]. В.О. Гомонюк. Перемишль: Наука і студія. 2012. С. 16 – 21
16. Горбунова В. В. Робота з посттравматичними стресовими розладами у межах когнітивно – поведінкової терапії. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій. В. В. Горбунова. 2013. С.228-231
17. Горностай П. П., Ліщинська О. А., Чорна Л. Г. Психологія групової ідентичності: закономірності становлення : монографія. П. П. Горностай, О. А. Ліщинська, Л. Г. Чорна та ін. Київ: Міленіум. 2014. С. 252
18. Даниляк О., Маринець С-А, Заячківська О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень: навчальний посібник. О. Даниляк, С-



- А. Маринець, О. Заячківська. Львів: Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького. 2016. С. 27-40
19. Данчук Ю. П., Чеканська О. А. Особливості копінг-поведінки особистості у стресових ситуаціях. Ю. П. Данчук, О. А. Чеканська. Київ: Теорія і практика сучасної психології, 2019. С. 63-67.
20. Дмитріюк Н. С. Вплив емоцій на формування та становлення особистості. Н. С. Дмитріюк. Проблеми сучасної психології. Київ. 2010. С. 261–271
21. Драга Т. М., Мялюк О. П., Криницька І. Я. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Т. М. Драга, О. П. Мялюк, І. Я. Криницька. Київ. 2017. С. 48–51.
22. Дроботун М. М., Клочек Л.В. Актуальні питання психології (інформаційно-методичні матеріали для студентів педагогічного університету): навчально-методичний посібник. М. М. Дроботун, Л. В. Клочек. Кіровоград: РВВ КДПУ ім. В. Винниченка. 2011. С.100-105
23. Дуб Н. Роль сімейної медичної сестри у профілактиці хронічних захворювань. Н. Дуб. Київ: Демократичне врядування. 2009. С. 1–6.
24. Дудник О. К. Функціональна організація психофізіологічних станів організму людини в умовах напруженої м'язової діяльності: монографія. О. К. Дудник. Біла Церква. 2010. С.129
25. Євдокимова Н.О., Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик. – К.: Педагогічна думка, С. 2016. – 229.
26. Єхалов В. В., Кравець О. В., Криштафор Д. А., Станін Д. М., Зоботова Н. В. Синдром емоційного вигорання у медичній післядипломній освіті. В. В. Єхалов, О. В. Кравець, Д. А. Криштафор, Д. М. Станін, Н. В. Зоботова. Київ: Новини медицини та фармації. 2021. С.13.
27. Журавльова Л. П. Психологія емпатії : монографія. Л. П. Журавльова. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2007. С. 28

- 28.Закорко Я.С. Психологічні особливості внутрішньоособистісного конфлікту адиктивних особистостей: Дипломна робота. Я. С. Закорко. Київ: Національний авіаційний університет. 2020. С.76
- 29.Закусилова Т. О. Теоретичні засади формування у майбутніх медичних сестер професійної культури як складника професіоналізму. Т. О. Закусилова. Львів: Педагогіка і психологія професійної освіти. 2016. С. 63–69.
- 30.Згодько Д. Д., Шиліна А. А. Особливості переживання стресу медичним пи працівниками під час війни: [Збірка тез доповідей Міжнародної наук-практ. конференції, м. Харків, 2023]. Харків. 2023. С. 93-95
- 31.Знанецька О. М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. О. М. Знанецька. Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Педагогіка і психологія». 2013. № 19. С. 80 - 88
- 32.Іванова Н. М. Синдром емоційного вигорання серед лікарів. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/6659-sindrom-emotsiynogo-vigorannya-sered-likariv/> (дата звернення: 17.07.2023)
- 33.Канівець Т. М. Психологічні особливості адаптації особистості у процесі праці. Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності [Збірник тез доповідей всеукраїнського наук.-практ. семінару, 18 травня 2018 р., м. Чернівці ]. Чернівці : ЧНУ ім. Ю. Федьковича, 2018. С. 44-48.
- 34.Карамушка Л. М. Технології роботи організаційних психологів: навчальний посібник для студентів вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів після диплом. Освіти. Л. М. Карамушка. Київ: Фірма «ІНКОС». 2005. С.366
- 35.Касевич Н. М. Практикум з сестринської справи. Київ: Здоров'я, 2005. С. 465
- 36.Кахно І. Теоретико-методологічні проблеми сучасної психології особистості: [Збірка матеріалів Міжнародної науково-практичної

- конференції, 23-24 вересня 2021 р., Івано-Франківськ]. Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2021. С. 36-39
37. Кахно І. Формування особистісної спрямованості майбутнього лікаря в умовах вищого медичного навчального закладу. Теоретико-методологічні проблеми сучасної психології особистості: [Збірка матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції, 23-24 вересня 2021 р., Івано-Франківськ]. Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2021. С. 39 – 41
38. Кириленко О. А. Психологічні детермінанти професійного стресу у представників професії «людина-людина» : автореферат дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук. О. А. Кириленко. Київ, 2007. С. 16
39. Кокун О. М. Психофізіологія: навчальний посібник. О. М. Кокун. Київ: «Центр навчальної літератури». 2006. С. 184
40. Колодько А. О. Поняття про нервово-психічну перенапругу. А. О. Колодько. Харківський національний університет ім. Г. С. Сковороди. 2019. С. 45
41. Коробанова О. Теоретичні засади дослідження територіальних передумов групової взаємодії. Соціально-психологічні особливості професійної діяльності спеціалістів соціальної сфери: територіальні та історичні виміри взаємодії [Збірник матеріалів ІХ всеукр.наук.-практ. Конференції з міжнародною участю, Київ-Мелітополь, 2021 р.]. Київ: «Київ». 2021 р. С. 55
42. Корольчук М. С., Крайнюк В. М., Косенко А. Ф., Кочергіна Т. І. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко, Т. І. Кочергіна. Київ: «ІНКОС». 2002. С. 272
43. Короход Я. Д. Основи психологічної допомоги, психоконсультації та психокорекції: навчально-методичні рекомендації (для здобувачів вищої освіти, факультету психології, політології та соціології НУ «ОЮА»). Я. Д. Короход. Одеса : «Фенікс». 2021. С. 72

44. Крикун Л. Концептуальні підходи до дослідження впливу емоцій на людину. Теоретико-методологічні проблеми сучасної психології особистості: [Збірка матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції, 23-24 вересня 2021 р., Івано-Франківськ]. Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2021. С. 55-59
45. Крюкова М. А., Лісовенко А. Ф. Практикум з психотерапії та психокорекції : навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня магістра факультету психології, політології та соціології). М. А. Крюкова, А. Ф. Лісовенко. Одеса: Фенікс. 2020 С. 39
46. Крячкова Л. В., Ліхолетов Є. О., Юр'єва Л. М., Шустерман Т. Й. Психометричне дослідження цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту. Л. В. Крячкова, Є. О. Ліхолетов, Юр'єва Л. М., Т. Й. Шустерман, Ліхолетов Є. О. Київ: Український вісник психоневрології. 2021. С. 42-47.
47. Кузікова С. Б. Саморозвиток особистості: суб'єктний підхід. С. Б. Кузікова. Журнал «Психологія особистості»: Прикарпатський національний університет ім. В. Стефаника. Київ. 2013. № 1. С. 77-86
48. Кузікова С.Б. Теорія і практика вікової психокорекції. С. Б. Кузікова. Суми: ВТД Університетська книга. 2008. С.384
49. Кузняк А.С. Психологічна корекція тривожності дорослих методами тілесно-орієнтованої терапії: дипломна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра спеціальності «Психологія». А. С. Кузняк. Національний авіаційний університет. Київ. 2023. С.53
50. Лаврова М. Г. Теоретичний аналіз сучасних поглядів на поняття "емоційне вигорання". М. Г. Лаврова. Одеса: Вісник Одеського національного університету. 2014. С. 194-202
51. Лазуренко О. О. Аналіз психологічних особливостей складових емоційної компетентності майбутнього лікаря. О. О. Лазуренко. Київ: «Психологічний часопис». 2016. С. 96–111

52. Ламаш І. В., Левченко К. О. Взаємозв'язки психологічної ресурсності з чинниками прийняття рішення у медичних працівників з різним стажем професійної діяльності. Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх розв'язання [Збірник тез доповідей міжнародної - науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті професора С. П. Бочарової, 30 березня 2017 р, м. Харків]. Харків: «Харків», 2017. С. 78-82
53. Ларіна Т. Особливості конструювання мережі емоційної підтримки особистості в умовах карантинних обмежень. Теоретико-методологічні проблеми сучасної психології особистості: [Збірка матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції, 23-24 вересня 2021 р., Івано-Франківськ]. Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2021. С. 70-73
54. Леонова А. Б., Величковський С. Б. Диференціальна діагностика станів зниженої працездатності. Психологія психічних станів. А.Б. Леонова, С.Б. Величковський. Казань: «ЗАМАН». Вип. 4., 2002. С. 326-344
55. Лефтеров В. О. Теорія і практика психологічного тренінгу: методичні рекомендації для самостійної роботи здобувачів. В. О. Лефтеров. Одеса : Фенікс. 2021. С. 44
56. Литвиненко Л. І. Телефон довіри: організація, зміст та методика надання психологічної допомоги в сучасних вітчизняних умовах. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. Л. І. Литвиненко. Київ : Логос. 2015. С.108-120.
57. Лозниця В. С. Психологія і педагогіка: основні положення. В. С. Лозниця. Київ: «ЕксОб». 2001. С. 304
58. Лозова О. М. Бібліотерапевтичність тексту очима майбутніх психологів. Психолого-педагогічні засади професійного становлення особистості практичного психолога і соціального педагога в умовах вищої школи. О. М. Лозова. Тернопіль. 2003. С. 103—108.
59. Магдисюк Л. І. Основи психоконсультації та психокорекції: програма нормативної навчальної дисципліни підготовки бакалавра галузі знань

- 1301 Соціальне забезпечення напряму підготовки 6.130102 «Соціальна робота». Л. І. Магдисюк. Луцьк: Східноєвропейський національний університет ім. Л. Українки. 2017. С. 11
60. Магрламова К. Г. Медична освіта та ціннісні орієнтації майбутніх лікарів. К. Г. Магрламова. Імідж сучасного педагога. 2016. № 9. С. 27-35
61. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. Загальна психологія: навчальний посібник. С. Д. Максименко, В. О. Соловієнко. Київ: «Форум». 2000. С. 81-90
62. Максимчук К. І. Сучасні дослідження феномену емоційного вигорання. Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців: [Збірка тез доповідей ІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Хмельницький, 22 квітня 2021 р.]. Хмельницький. 2013. С. 45-50
63. Мальована Л. В. Стресостійкість як умова ефективної діяльності медичних працівників під час війни : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра за спеціальністю „053 — психологія“ / Л. В. Мальована. — Тернопіль : ТНТУ, 2022. С. 68.
64. Марущак М. І. Нове у дослідженні розладів сну. М. І. Марущак. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2020. № 4. С. 158–160.
65. Мащак С. О. Професійне вигорання особистості як соціально-психологічна проблема. С. О. Мащак. Львів: Науковий вісник Львівського університету внутрішніх справ. 2012. С. 444–452
66. Мельничук І. Особливості психокорекційної роботи психолога з використанням досягнень біхевіоризму. Теоретико-методологічні проблеми сучасної психології особистості: [Збірка матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції, 23-24 вересня 2021 р., Івано-Франківськ]. Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2021. С. 80-85
67. Михайлишин У. Б. Ціннісні орієнтації в структурі особистості. Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх

- розв'язання [Збірник тез доповідей міжнародної -науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті професора С. П. Бочарової, 30 березня 2017 р, м. Харків]. Харків: «Харків», 2017. С. 92-95
68. Михальська О. В. Особливості механізмів психологічного захисту особистості [Збірник наукових праць К-ПНУ імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України]. О. В. Михальська. Київ: Проблеми сучасної психології. 2015. С. 417 –427.
69. Михальська Ю. А. Особливості психології обходження з хворими медичного персоналу: [Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2013] 2013. С. 434-443.
70. Мірошніченко О. А. Профілактика синдрому «професійного вигорання» у працюючих в екстремальних умовах: навч-методичний посібник. О. А. Мірошніченко. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка. 2015. С. 70-78
71. Міщенко М. С. Особливості дослідження синдрому емоційного вигорання за допомогою методики «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В.Бойко. М. С. Міщенко. Київ: Молодий вчений. 2015. С. 103–105.
72. Молчанюк Д. А. Діагностичні можливості психодіагностичних методик виявлення наслідків стресу та посттравматичного стресового розладу. Актуальні питання нейронаук [Збірник тез міжвузівської наукової конференції за ред. проф. В. М. Лісового, Харків, 2015 р.]. Харків: «Харків», 2015. С. 27-29
73. Наугольник Л. Б. Психологія стресу. Л. Б. Наугольник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ. 2015. С. 324
74. Овсяннікова Я.О. Формування стресостійкості рятувальників з використанням інноваційних технологій / Проблеми екстремальної та кризової психології: [збірник наукових праць]. Харків: УЦЗУ, 2007. Вип.3, ч.2. С. 87-93.

- 75.Омелянська В. І. Основи психокорекції: [методичні рекомендації для студентів напряму підготовки 6.030103 практична психологія «Бакалавр»]. В. І. Омелянська. Ужгород. 2017. С. 30
- 76.Перелигіна Л. А., Ситник М. Ю. Професійний стрес пожежних рятувальників і медичних працівників в екстремальних умовах діяльності. Л. А. Перелигіна, М. Ю. Ситник. Київ: Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. С. 206 - 215.
- 77.Пінчук В. Сестри милосердя вчора, нині і завтра. В. Пінчук. Київ: Новини медицини і фармації. 2013. С. 15
- 78.Поліщук О. Психологічні компоненти стресостійкості особистості. URL: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/1348> (дата звернення: 02.04.2023).
79. Потапова С. М. Психічна саморегуляція негативних станів особистості. Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх розв'язання [Збірник тез доповідей міжнародної -науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті професора С. П. Бочарової, 30 березня 2017 р, м. Харків]. Харків: «Харків», 2017. С. 50-53
80. Радчук В.М., Співак В. І., Столяренко О.Б., Шинкарьок А. І. Психологія особистості: навч. посібник. В. М. Радчук, В. І. Співак, О. Б. Столяренко, А. І. Шинкарьок. Київ: Центр учбової літератури. 2012. С.280.
- 81.Рева О. М. Програма навчальної дисципліни «Тренінг особистісного зростання». О. М. Рева. Київ: КиМУ. 2003. С. 8
- 82.Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів. В. В., Ровенська, Є. О. Саржевська. Економічний вісник Донбасу. 2020. С. 123-129.
- 83.Терлецька Л. Основи психології спілкування. Київ: Академія праці і соціальних профспілок України. 2018. С. 5–18.
- 84.Тімченко О. В. Екстремальна психологія. О. В. Тімченко. Київ: Август Трейд. 2007. С.71–78
- 85.Трофімов Ю.Л. Психологія: підручник. Ю.Л. Трофімов. Київ: «Либідь», 1999. С. 560.



86. Фетискин Н. П. Диагностика социальнопсихологической адаптации. Н. П. Фетискин. Москва: Изд-во Института Психотерапии. 2002. С. 193—197.
87. Філіппов М. М. Психофізіологія людини. М. М. Філіппов. Миколаїв: ПСІ КСУ. 2007. С. 67-70
88. Фройд З. По той бік принципу задоволення. З. Фройд Харків: Фоліо, 2019. С.155
89. Хуторна К. *Медицина у мовах війни: як змінилась система охорони здоров'я. Як державні й комунальні лікарні працюють після 24 лютого та чи всі послуги доступні пацієнтам* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mind.ua/publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya>
90. Циганчук Т. В., Маланьїна Т. М. Психологія стресу та постравматичний стресовий розлад: навчальний посібник. Т. В. Циганчук, Т. М. Маланьїна. Київський університет ім. Б. Грінченка. 2016. С. 95-100
91. Чабан О. С. Порушення сну: сучасні безпечні та ефективні методи корекції. О. С. Чабан. Вид-во: Здоров'я України. 2021. № 2. С. 29.
92. Чала О.А. Внутрішньоособистісний конфлікт як психологічний феномен. Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. Костюка АПН України. О. А. Чала. Київ 2008. С. 549-558.
93. Шахова Е. Г. TRAUMA RELEASING EXERCISES (TRE) – СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНИКА ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ СТРЕССА. Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх розв'язання [Збірник тез доповідей міжнародної -науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті професора С. П. Бочарової, 30 березня 2017 р, м. Харків]. Харків: «Харків», 2017. С. 32-35
94. Шевченко С. В. Стрес як психологічний феномен в параметрах сучасних досліджень. Актуальні проблеми психічного та психологічного здоров'я [Збірка матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф., 26-27 квітня, 2019 р]. 2019. С. 113-116

- 95.Шегедин М. Б., Мудрик Н. О. Історія медицини та медсестринства. Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. С.328
- 96.Шкраб'юк В., Білик Д. Емоційне вигорання особистості: психологічний аналіз проблеми. В. Шкраб'юк, Д. Білик. Одеса: «Молодий вчений». 2020. С. 293-296
- 97.Штих І. І. Психічні стани в структурі особистості / під ред. Щербан Т. Д. І. І. Штих. Київ. 2015. С. 293
98. Юр'єва Л. М. Охорона психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. Л. М. Юр'єва. Вид-во: Медичні перспективи. 2020. Т. 25, № 4. С. 12–21.
- 99.Юрченко В. М. Теоретико-методологічні засади дослідження психічних станів людини: дисертація доктора наук за спеціальністю: 19.00.01 – 2009 – загальна психологія, історія психології. В. М. Юрченко. Інститут психології ім. Г. Костюка АПН України. Київ. 2009. С. 100-105
100. Яворовський О. П., Шкурба А. В., Скалецький Ю. М. Гігієна та охорона праці медичного персоналу в умовах подолання пандемії COVID-19. О. П. Яворовський, А. В. Шкурба, Ю. М. Скалецький. Вид-во: Довкілля та здоров'я. 2020. С. 10–18.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

Таблиця 1 Перелік первинних даних до реалізації програми психокорекції відповідно до методики «Самооцінка емоційних станів» А. Уесманна і Д. Рікса

№ з/п	П.І.Б. досліджуваного	Досліджувані ознаки: 1. <u>Спокій / тривожність</u> 2. <u>Енергійність / втома</u> 3. <u>Піднесеність / пригніченість</u> 4. <u>Впевненість / безпорадність</u> 5. <u>Сумарна к-ть балів</u>
1	Пелюханова Лариса Миколаївна	7 5 4 4 20
2	Рожко Жанна Станіславівна	5 4 5 4 18
3	Гордієнко Наталя Юріївна	4 6 3 3 16
4	Зінченко Ніна Іванівна	5 7 6 4 22
5	Кулік Аліна Володимирівна	3 3 5 3 14
6	Денисенко Євгенія Андріївна	6 5 3 4 18
7	Бабіч Єлизавета Олексіївна	2 7 4 5 16
8	Панчишина Алла Йосипівна	4 4 7 2 17
9	Губська Дар'я Василівна	5 7 5 3 20
10	Горбатюк Вікторія Вікторівна	7 3 4 4 18
11	Кравченко Дар'я Андріївна	4 3 3 4 14

12	Токарева Кузьмівна	Валентина	5	4	6	5	19
13	Третьякова Анатоліївна	Олена	3	6	4	2	15
14	Чантурідзе Олександрівна	Олена	4	5	5	6	19
15	Стребак Наталя Анатоліївна		5	3	3	5	16
16	Мартишова Едуардівна	Тетяна	6	7	5	7	25
17	Челпан Марина Михайлівна		5	4	4	4	17
18	Обоянська Вікторівна	Любов	5	3	6	3	17
19	Смирнова Анатоліївна	Ольга	6	7	7	5	25
20	Осмуха Олена Миколаївна		3	6	7	4	20
21	Гончаренко Штефанівна	Дар'я	3	4	4	3	14
22	Мартієнко Володимирівна	Марина	4	3	3	5	15
23	Дабіжевська Петрівна	Валентина	4	5	5	3	17
24	Самойлова Олександрівна	Юлія	5	7	1	5	18

25	Самсонова Миколаївна	Ольга	4	6	5	2	17
26	Торгашова Михайлівна	Тетяна	4	3	4	3	14
27	Миланкіна Світлана Іллівна		5	4	6	4	19
28	Сологуб Тетяна Олегівна		3	5	6	6	20
29	Бутенко Василівна	Валентина	5	6	4	5	20
30	Носова Любов Михайлівна		3	3	3	7	16
31	Лисянська Вікторівна	Людмила	6	5	7	4	22
32	Фаловська Тетяна Павлівна		7	6	4	6	23
33	Куреня Інна Вікторівна		4	7	5	4	20
34	Шулешко Наталя Євгенівна		5	2	6	4	17

Таблиця 2 Перелік первинних даних до реалізації програми психокорекції відповідно до методики «Оцінка ступеня зниженого настрою – субдепресії» В.

Зунга в адаптації Т. М. Балашової

№ з/п	П.І.Б. досліджуваного	Кількість балів	Результат
1	Пелюханова Лариса Миколаївна	52	• Легка депресія
2	Рожко Жанна Станіславівна	55	• Легка депресія
3	Гордієнко Наталя Юріївна	60	• Субдепресивний стан
4	Зінченко Ніна Іванівна	51	• Легка депресія
5	Кулік Аліна Володимирівна	49	• Відсутність зниженого настрою
6	Денисенко Євгенія Андріївна	55	• Легка депресія
7	Бабіч Єлизавета Олексіївна	48	• Відсутність зниженого настрою
8	Панчишина Алла Йосипівна	54	• Легка депресія
9	Губська Дар'я Василівна	56	• Легка депресія

10	Горбатюк Вікторія Вікторівна	58	• Легка депресія
11	Кравченко Дар'я Андріївна	65	• Субдепресивний стан
12	Токарева Валентина Кузьмівна	62	• Субдепресивний стан
13	Третякова Олена Анатоліївна	63	• Субдепресивний стан
14	Чантурідзе Олена Олександрівна	69	• Субдепресивний стан
15	Стребак Наталя Анатоліївна	49	• Відсутність зниженого настрою
16	Мартишова Тетяна Едуардівна	58	• Легка депресія
17	Челпан Марина Михайлівна	53	• Легка депресія
18	Обоянська Любов Вікторівна	52	• Легка депресія
19	Смирнова Ольга Анатоліївна	51	• Легка депресія
20	Осмуха Олена Миколаївна	50	• Легка депресія
21	Гончаренко Дар'я Штефанівна	48	• Відсутність зниженого настрою

22	Мартієнко Марина Володимирівна	51	• Легка депресія
23	Дабіжєвська Валентина Петрівна	52	• Легка депресія
24	Самойлова Юлія Олександрівна	58	• Легка депресія
25	Самсонова Ольга Миколаївна	54	• Легка депресія
26	Торгашова Тетяна Михайлівна	56	• Легка депресія
27	Миланкіна Світлана Іллівна	50	• Легка депресія
28	Сологуб Тетяна Олегівна	47	• Відсутність зниженого настрою
29	Бутенко Валентина Василівна	52	• Легка депресія
30	Носова Любов Михайлівна	50	• Легка депресія
31	Лисянська Людмила Вікторівна	54	• Легка депресія
32	Фаловська Тетяна Павлівна	59	• Легка депресія
33	Куреня Інна Вікторівна	60	• Субдепресивний стан



34	Шулешко Наталя Євгенівна	54	• Легка депресія
----	-----------------------------	----	------------------

Таблиця 3 Перелік первинних даних до реалізації програми психокорекції відповідно до методики «Шкала астенічного стану» Л. Д. Майкова і адаптації Т. Г. Чоргової

№ з/п	П.І.Б. досліджуваного	Кількість балів	Результат
1	Пелюханова Лариса Миколаївна	78	▪ Помірна астенія
2	Рожко Жанна Станіславівна	49	▪ Відсутність астенії
3	Гордієнко Наталя Юріївна	53	▪ Слабка астенія
4	Зінченко Ніна Іванівна	76	▪ Помірна астенія
5	Кулік Аліна Володимирівна	55	▪ Слабка астенія
6	Денисенко Євгенія Андріївна	50	▪ Відсутність астенії
7	Бабіч Єлизавета Олексіївна	54	▪ Слабка астенія
8	Панчишина Алла Йосипівна	77	▪ Помірна астенія
9	Губська Дар'я Василівна	60	▪ Слабка астенія

10	Горбатюк Вікторія Вікторівна	81	▪ Помірна астенія
11	Кравченко Дар'я Андріївна	75	▪ Слабка астенія
12	Токарева Валентина Кузьмівна	54	▪ Слабка астенія
13	Третякова Олена Анатоліївна	59	▪ Слабка астенія
14	Чантурідзе Олена Олександрівна	98	▪ Помірна астенія
15	Стребак Наталя Анатоліївна	51	▪ Слабка астенія
16	Мартишова Тетяна Едуардівна	71	▪ Слабка астенія
17	Челпан Марина Михайлівна	76	▪ Помірна астенія
18	Обоянська Любов Вікторівна	50	▪ Відсутність астенії
19	Смирнова Ольга Анатоліївна	51	▪ Слабка астенія
20	Осмуха Олена Миколаївна	100	▪ Поірна астенія
21	Гончаренко Дар'я Штефанівна	99	▪ Помірна астенія

22	Мартієнко Марина Володимирівна	101	▪ Виражена астенія
23	Дабіжевська Валентина Петрівна	57	▪ Слабка астенія
24	Самойлова Юлія Олександрівна	50	▪ Слабка астенія
25	Самсонова Ольга Миколаївна	70	▪ Слабка астенія
26	Торгашова Тетяна Михайлівна	71	▪ Слабка астенія
27	Миланкіна Світлана Іллівна	59	▪ Слабка астенія
28	Сологуб Тетяна Олегівна	63	▪ Слабка астенія
29	Бутенко Валентина Василівна	84	▪ Посірна астенія
30	Носова Любов Михайлівна	74	▪ Слабка астенія
31	Лисянська Людмила Вікторівна	93	▪ Помірна астенія
32	Фаловська Тетяна Павлівна	52	▪ Слабка астенія
33	Куреня Інна Вікторівна	68	▪ Слабка астенія

34	Шулешко Наталя Євгенівна	70	▪ Слабка астенія
----	-----------------------------	----	------------------

## Психокорекційна програма. Подолання негативних емоційних станів

Зміст діагностичного блоку:

№ методики з/п	Назва методики	Автор методики	Джерело
1	«Самооцінка емоційних станів»	А. Уесманн і Д. Рікс	
2	«Діагностика стану стресу»	В. Зунг (в адаптації Т. М. Балашової)	
3	«Шкала астеничного стану»	Л. Д. Майков (в адаптації Т. Г. Чортової)	

Корекційний блок програми: «Подолання негативних емоційних станів»

Тема: сформувати в колективі медпрацівників навички самозаспокоєння, стимулювати активацію адаптаційних процесів, зниження тривоги.

Мета: зниження градієнту негативних емоційних станів досліджуваних шляхом використання психокорекційних вправ, спрямованих на емоційну сферу особистості.

Об'єкт: емоційна сфера медпрацівників.

Предмет: деструктивні емоційні стани.

Зміст корекційних занять:

## Заняття 1

Назва методики або техніки впливу та її опис (мета, процедурне забезпечення, час)	Зміст психокорекційного впливу
<p>Вступне слово психолога. Бесіда із медичними працівниками.</p> <p>Мета: налаштування контакту із досліджуваними.</p> <p>Час: 5 хвилин.</p>	<p>П: «Добрий день, шановні присутні! Сьогодні ми з Вами зібралися з приводу дуже важливої теми, вона стосується Вашого емоційного стану, який впливає на якість Вашої роботи в цілому. Тривога, виснаження, втома і безпорадність – нормальне явище у стресових умовах роботи. Головне у цьому – вчасно помітити ці симптоми, «забити» тривогу з метою попередження незворотніх наслідків. Рівень Вашої професійності залежить від стану вашої нервової системи. Якщо людина не може адаптуватися до складних умов – вона або отримує синдром емоційного вигорання, або змінює роботу. Проте Ви самі розумієте, що кожного разу, стикаючись з проблемами, змінювати професійну діяльність недоцільно. Тож я бажаю нам плідної співпраці, сподіваюсь на вашу активність за бажанням!»</p>
<p>Вправа: «Правила нашого гуртка»</p> <p>Мета: визначення правил існування тренінгової групи.</p>	<p>П: «Друзі! Кожен раз, як в одному приміщенні збираються понад 2 осіб, їм потрібно визначити правила спільного існування. Це дисциплінує групу, а також враховує усі побажання членів групи. Я</p>

<p>Обладнання: фліпчарт, фломастер.</p> <p>Тривалість: 5 хвилин.</p>	<p>пропоную кожному з вас висловитися щодо того, яке правило у нашій групі має бути непорушним. Я пишу своє перше правило «Безоцінне ставлення один до одного».</p>
<p>Вправа – знайомство: «Сонце світить на . . .»</p> <p>Мета: посміятися, порухатися.</p> <p>Час: 10 хвилин.</p>	<p>П: «Пропоную Вам утворити коло. Один із вас займає місце у центрі і вголос вимовлює: «Сонце світить на...» а потім вказує на предмет одягу або колір, який є в кого-то з учасників. Усі власники зазначеного кольору або предмета одягу міняються місцями один з одним. Людина із середини кола намагається зайняти чиєсь місце, поки гравці переміщуються. Новий учасник стає в середину кола і гра триває.</p>
<p>Вправа «Чемпіони»</p> <p>Мета: познайомити колектив досліджуваних одне з одним з іншого, непрофесійного боку.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p>	<p>П: «Ви всі вже давно знайомі. З огляду на стаж Вашої роботи, Ви активно спілкуєтесь та співпрацюєте в середньому 25 років. Я пропоную Вам сьогодні познайомитися ще раз. Ви складаєте одне з одним пари і протягом 5-ти хвилин опитуєте один одного. Потім кожен учасник представляє групі свого партнера. Подання людини має відбуватися в найкращому вигляді, показати його цінність для тренінгу або отриманого завдання.</p>



<p>Вправа «Коллективна поема»</p> <p>Мета: підвищення загальної згуртованості групи</p> <p>Обладнання: аркуші паперу, фломастери.</p> <p>Час: 25 хвилин.</p>	<p>П: «Кожен із вас отримав аркуш паперу, я прошу вас написати свої ініціали в правому верхньому кутку листка. Кожен із вас пише короткий рядок, з якого буде починатися поема, передає свій листок сусідові зліва, і той дописує свій рядок, який продовжує поему. Після того, як кожен напише по одному рядку на всіх листках, закінчена поема повертається автору першого рядка. Після того як усі поеми будуть написані, прочитайте свою. Потім запитайте, хто ще хоче прочитати свою поему.»</p>
<p>Заключне слово психолога</p>	<p>П: «Друзі! Сьогодні ми з вами провели наше перше тренінгове заняття, яке було присвячене нашому знайомству, колективній праці. Я дуже радію, що нам все вдалося. Кожне наступне заняття буде більш формалізоване, то ж я сподіваюсь на те, що у вас буде достатньо бажання і наснаги для взаємної роботи. Дякую Вам за зустріч!»</p>

## Заняття 2

<p>Назва методики або техніки впливу та її опис (мета, процедурне забезпечення, час)</p>	<p>Зміст психокорекційного впливу</p>
------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

<p>Вступне слово психолога. Бесіда із медичними працівниками.</p> <p>Час: 5 хвилин.</p> <p>Мета: налаштування контакту із досліджуваними.</p>	<p>П: «Добрий день! Друзі, яку роль відіграють у нашому житті емоції?. Емоції – генерують нашу діяльність, вони можуть захоплювати нас, а можуть і пригнічувати. Під час виконання професійних обов’язків дуже важливо вміти себе контролювати, але не забувати про існуючі складнощі, які вимагають опрацювання. Сьогодні ми з Вами наглядно подивимося та розберемося у корені цієї проблеми.»</p>
<p>Вправа: «Гарне слово»</p> <p>Мета: налаштувати дружню атмосферу у колективі.</p> <p>Час: 15 хвилин.</p>	<p>П: «Я пропоную Вам згадати, коли ви останній раз казали одне одному гарні слова. Слово – це лише звук, але воно зцілює краще будь-яких ліків людську душу. Припускаю, що під час карантинних умов, Ви взагалі забули, коли разом збиралися та пили каву. Тож, кожен із Вас нехай адресує іншому якесь приємне слово чи речення!»</p>
<p>«Складні почуття»</p> <p>Мета: навчити групу досліджуваних навичкам сприйняття власних емоцій та емоцій оточуючих, вміння говорити про них вголос.</p> <p>Час: 30 хвилин.</p>	<p>П: «Я пропоную вашій увазі вправу, яка є досить складною для виконання і це правда. Коли ви востаннє зізнавалися собі у тому, що ви відчуваєте? А своїм близьким та рідним? Зараз у груповому режимі ми з вами згадаємо й обговоримо переживання, які вам складно сприймати в інших людях. Наприклад, почуття провини, тривоги, невпевненості у собі тощо. Коли ми остаточно визначимось, ви об’єднаєтесь у</p>

<p>Обладнання: фліпчарт, вломастери.</p>	<p>пари, де один з вас буде «фахівцем», а інший його клієнтом. В парах проводиться невеличка консультативна сесія (5–7 хв).</p> <p>Завдання полягає в тому, щоб активно обмінятися досвідом переживань: «Розкажи мені про те, як ти відчуваєш ... сум, страх, вину тощо». У разі труднощів у розпізнаванні почуттів підкажуйте клієнтові, використовуючи закриті запитання: «Вам це дуже болісно згадувати?», «В таких випадках люди в більшості переживають самотність? Чи не так?». Слідкуйте за емоційно насиченими словами в мові клієнта й уточнюйте їх зміст»</p>
<p>Вправа: «А ну голосніше»</p> <p>Мета: навчитись долати власну злість за допомогою бкерованої фантазії.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p>	<p>П: «Злість. Ця емоція дуже часто супроводжує нас не тільки протягом життя, а й у процесі роботи. Ми з вами не роботи і маємо право іноді її відчувати. Але градієнт злості у кожного відрізняється, тому потрібно вміти її ефективно долати. Я прошу вас сісти і закрити очі. За сигналом «Починаємо», – всі висловлюють незадоволення ситуацією (пацієнтами, адміністрацією, оточуючими та ін.). Це треба робити одночасно і якомога</p>

	<p>голосніше. Як тільки крики почнуть стихати, ведучий говорить: «Відкрийте очі! А тепер повторіть свої слова, дивлячись в очі один одному». Потім визначаються спільні скарги, після чого відбувається групове обговорення.</p> <p>Вправа допомагає виразити злість і перетворює образи та гнів у крик і смішну словесну перепалку»</p>
<p>Гра: «Психолог – клієнт»</p> <p>Мета: оволодіння навичками самоконтролю.</p> <p>Обладнання: аркуші паперу, канцелярські приладдя.</p> <p>Час: 30 хвилин.</p>	<p>П: «Вашій увазі пропонується незвичайна гра. Ви – представники медичної спільноти, тому всі ви вже знаєтесь у психології людини. Пропоную Вам відчутти себе справжніми психологами. Ви розбиваєтесь у пари. Подумайте про один конкретний страх, який Ви відчуваєте у процесі роботи. Потім той, хто взяв на себе роль «психолога» разом із «клієнтом» визначають суттєві для останнього стресори. Виявіть автоматичні думки на стадії очікування стресу, у момент зустрічі зі стресором та після. Далі «Терапевт» разом із «клієнтом» формують самоінструкції, які «клієнт» даватиме на всіх етапах взаємодії зі стресором. Самоінструкції повинні ставитись і до регуляції думки, і до управління поведінкою. Змодельуйте у ролях легку стресову ситуацію, у якій «клієнт» спробує</p>

	<p>вправлятися у самоінструкціях. Я допомагатиму Вам і контролюватиму процес спільної роботи.»</p> <p>П: «Як ми бачимо, результат наших дій під час стресової ситуації – наслідок першої думки, яка відбивається у наших стереотипах. Досить детально розібрати ситуацію, у якій Ви відчуваєте страх, визначити її основні складові, виробити альтернативну стратегію поведінки, застосувати цей метод у реальній стресовій ситуації.</p>
<p>Підбиття підсумків заняття, обмін думками.</p> <p>Мета: створити загальну картину емоцій медиків після заняття.</p> <p>Час: 10 хвилин.</p>	<p>П: «Сьогодні ми з Вами плідно попрацювали, будь ласка, надайте мені зворотній зв'язок у вигляді слова або мовчання, яке також може бути дуже показовим. Я бажаю Вам наснаги, до скорих зустрічей!»</p>

### Заняття 3

Назва методики або техніки впливу та її опис (мета, процедурне забезпечення, час)	Зміст психокорекційного впливу
<p>Вступне слово психолога</p> <p>Мета: налаштування колективу до роботи.</p>	<p>П: «Добрий день, друзі! Ми з Вами переходимо до наступного заняття, яке буде присвячене вмінню цінувати себе та оточуючих, відновлювати вланоруч</p>

	<p>емоційну рівновагу. Наша із вами самоцінність складається із уявлень людини про себе, прийняття своїх особливостей. Тож, сьогодні ми сформуємо уяву про Я-концепцію кожного з вас, розберемо роль оцінки у реагуванні на певні ситуації, навчимося техніками релаксації. Бажаю нам плідної співпраці!»</p>
<p>Вправа: «Я ціную в собі . . .»</p> <p>Мета: закріплення позитивного уявлення про себе шляхом оголошення своїх позитивних сторін.</p> <p>Час: 10 хвилин.</p>	<p>П: «Кожен із Вас унікальний, кожний себе цінує не тільки за те, що він існує, а й за певні якості. Я пропоную Вам назвати те, за що ви себе цінуєте найбільше. Пропоную Вам чітко й голосно оголосити свою думку!»</p>
<p>Вправа: «Визначення Я-концепції»</p> <p>Мета: сформувати уявлення про самоцінність та Я-концепцію учасників тренінгу.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p>	<p>П: «Найбільш дієвий засіб для формування загального уявлення про Я-концепцію особистості – визначення провідних установок та переконань особистості. Кожному з Вас буде наданий бланк для відповідей. Я пропоную Вам скласти перелік ваших усталених переконань (якщо Ви пам'ятаєте, це установки). Той, хто готовий, щоб його перелік був розібраний на широкому загалі – підійдіть до мене. Разом із Вами ми оберемо ті установки, які звернені до Я; знайдемо позитивні та негативні</p>

	валентності, які Ви проявляєте в кожному з цих переконань.»
<p>Вправа: «Визначення оцінки»</p> <p>Мета: сформувати уявлення з приводу того, наскільки досліджувані схильні до перебільшення оцінки ситуацій, які є для них стресогенними; сформувати усвідомлення того, що ставлення до подібних ситуацій залежить від оцінки її особистістю.</p> <p>Обладнання: аркуші паперу, канцелярські приладдя.</p> <p>Час: 15 хвилин.</p>	<p>П: «Інтенсивність будь емоції залежить, в тому числі, і від того, як вона була сприйнята. Усі ми схильні перебільшувати будь-яку емоцію. Негативні оцінки емоцій створюють надзвичайно низьку терпимість до фрустрації. Якщо ви говорите собі, що не може винести щось, це переконання завадить вам справитися з почуттями.</p> <p>Я пропоную Вам скласти перелік з 10 подій минулого, які сильно засмутили Вас під час виконання професійних обов'язків. Відзначте ступінь розладу на континуумі від 1 до 7. Після цього, оцініть реальну шкоду, яку Ви отримали внаслідок цієї події. Різниця в балах показує, наскільки Ви схильні перебільшувати події. Хто готовий, будь ласка, поділіться враженнями.»</p> <p>П: «Ви повинні усвідомити, що професійний борг – це важливо, хвилюватися стосовно якості надання медичних послуг Вами – це окей, але кожного разу, коли із Вами трапляється, на вашу думку, максимально критична ситуація, згадайте, наскільки ви</p>

	<p>перебільшуєте подію і спробуйте знизити своє засмучення до реалістичного рівня.»</p>
<p>Вправа: «Стиглий лимон»</p> <p>Мета: забезпечити психоемоційне розвантаження учасників.</p> <p>Обладнання: дзеркало.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p>	<p>П: «Сядьте зручно. Якщо захочеться, закрийте очі. Перенесіться у стан внутрішньої зосередженості і уявіть стиглий лимон. Уявіть як ви берете його в руку, відчуваєте його прохолодну, трошки вологу поверхню. Піднесіть його до обличчя, вдихніть аромат. А тепер відкрийте рот і відкусіть великий шматок. Цілий рот наповнюється соком, проковтніть його і тепер продовжуйте їсти відкушений кавалок лимону зі шкіркою без цукру. Відкрийте очі і подивіться в дзеркало. Що ви там побачили? Що виникає в тілі і в голові? Слина виділилася? Виникло відчуття протесту? А ви ж нічого не робили. Тільки уявили, що кусаєте лимон. Усе інше зробив ваш організм без участі вашої свідомості. Більше того ваш шлунок, не без відрази, теж приготувався і тепер з образою зазирає знизу у ваш стравохід: «Обіцяли лимон, де ж він? Я ж уже приготувався»П: «Як Ваші враження після цього етюдю? Чи відчули Ви розслаблення? Чи повторювали б Ви</p>



	подібні вправи за відсутності ситуації тренінгу?»
<p>Заключне слово психолога</p> <p>Мета: підбиття підсумків заняття, обмін враженнями.</p> <p>Час: 10 хвилин.</p>	<p>П: «Друзі, ми з Вами неперевершені! Я відчуваю Вашу активність, готовності до змін. Скажіть, будь-ласка, які відчуття у вас викликають кожна, запропонована мною, вправа? Чи готові Ви більше концентруватися на своїх думках, змінювати шаблоний спосіб поведінки? Чи готові Ви, навіть у вирі справ і турбот, зупинитися і подумати: «Я дію конструктивно для себе? Я причиняю собі шкоду?». Подумайте, будь ласка. Якщо Ваща відповідь – мовчання, я це приймаю і дякую Вам за це. Можливо, Ви перебуваєте у процесі інтериорізації отриманого досвіду, я пишаюся Вами. Дякую за Вашу участь!»</p>

#### Заняття 4

Назва методики або техніки впливу та її	Зміст психокорекційного впливу
-----------------------------------------	--------------------------------

опис (мета, процедурне забезпечення, час)	
<p>Вступне слово психолога</p> <p>Мета: налаштувати колектив на роботу.</p> <p>Час: 5 хвилин.</p>	<p>П: «Доброго дня, шановні присутні! Сьогодні ми продовжуємо тематику минулих тренінгових занять, присвячених темі емоційного врегулювання, технікам релаксації, саморозвитку та самоконтролю. Сьогодні ми з вами перебуваємо у складних обставинах, коли Вам доводиться мобілізувати всі свої моральні та фізичні сили кожен день і згадка про те, що для більш якісної роботи потрібно іноді розслаблятися – зникає у вирі роботи. Цим навичкам необхідно навчатися, їх необхідно застосовувати аби зберегти джерело вашої професійної компетентності і активності»</p>
<p>Вправа: «У мене є таємниця»</p> <p>Мета дослідження почуття провини та сорому.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p> <p>Обладнання: годинник.</p>	<p>П: «Будь-ласка, подумайте про будь-який важливий для вас особистий секрет, що ретельно зберігається. Я не прошу вас ділитися цими таємницями, але уявіть собі, як могло б реагувати оточення, якби ці таємниці стали відомі. Наступним кроком нашої роботи є надання кожному з вас можливості похвалитися перед іншими, «яку страшну таємницю він зберігає в собі». Доволі часто виявляється, що багато хто неусвідомлено дуже прив'язаний до власних секретів як до чогось дорогоцінного»</p>
<p>Вправа: «Мій страх»</p>	<p>П: «Я пропоную Вам закрити очі і подумки уявити собі ситуацію, що викликає страх і тривогу під час виконання професійних</p>

<p>Мета: знизити існуючу тривоги з приводу ситуацій, які є для учасників стресогенними.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p>	<p>обов'язків. Як тільки напруга, викликана подією, досягне високої межі, ви припиняєте уявне представлення і розслабляєтесь, уявляючи приємну подію із свого життя, предмети або людей. Дуже важливо, щоб Ви розпочали уявлення сцен, що викликають легке хвилювання, і закінчували сценами, які супроводжуються вираженням психічним дискомфортом, тривогою.</p> <p>Після виконання вправи учасники обмінюються враженнями.</p> <p>П: «Як ми бачимо, в нашому житті існують безліч проблем і ситуацій, що викликають тривогу, але якщо зосередитися, зупинитися у моменті – градієнт тривоги реально знизити.»</p>
<p>Вправа: «Самоконтроль зовнішнього прояву емоцій»</p> <p>Мета: навчальна.</p> <p>Час: 10 хвилин.</p>	<p>П: «В момент зростання емоційного напруження, Вам необхідно запустити питання самоконтролю: «Як виглядає моє обличчя? Чи стиснуті мої зуби? Як я сиджу? Як я дихаю?». Якщо виявлені ознаки напруження, необхідно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Довільно розслабити м'язи, для розслаблення мимічних м'язів використовуйте наступні формули: м'язи обличчя розслаблені; брови вільно розведені; чоло розгладжене; розслаблені м'язи щелепи; розслаблені м'язи рота; розслаблений язик, крила носа; все обличчя спокійне і розслаблене.</li> <li>2. Зручно</li> </ol>

	<p>сісти, встати. 3. Зробити 2—3 глибоких вдихи і видихи. Будь-ласка, повторюйте зі мною цю вправу. Чи готові Ви повторювати її надалі?»</p> <p>Обмін враженнями.</p>
<p>Вправа: «Повітряна кулька»</p> <p>Мета: знизити існуючу напругу.</p> <p>Час: 10 хвилин.</p>	<p>П: «Уявіть собі, що у ваших грудях знаходиться повітряна кулька. Вдихніть через ніс і повністю заповніть легені повітрям. Видихніть його ротом і відчуйте, як воно виходить з легень. Повторюйте, не поспішаючи. Дихайте та уявляйте, як кулька наповнюється повітрям і стає все більшою та більшою. Повільно видихніть ротом, ніби повітря тихенько виходить з кульки. Зробіть паузу і порахуйте до десяти. Знову вдихніть і наповніть легені повітрям. Затримайте його, порахуйте до 3-х, уявляйте при цьому, що кожна легеня — це надута кулька. Видихніть. Відчуйте, як тепле повітря проходить через легені, горло, рот. Повторіть 3 рази, вдихаючи та видихаючи повітря. Зупиніться та відчуйте, як Ваш стан змінився.»</p>
<p>Заключне слово психолога</p> <p>Мета: підбиття підсумків.</p> <p>Час: 5 хвилин.</p>	<p>П: «Друзі, як Ваше самопочуття? Мені — стало легше. Я дякую Вам за можливість цікаво попрацювати, розслабитися та відчути себе «у моменті». У Вашій роботі дуже важливо вміти контролювати свій стан, розслаблятися, абстрагуватися. Окрім того, Ви можете робити це разом, таким чином, Ваша єдність буде</p>

	непорушною! Я дякую Вам! До скорих зустрічей.»
--	------------------------------------------------

## Заняття 5

Назва методики або техніки впливу та її опис (мета, процедурне забезпечення, час)	Зміст психокорекційного впливу
<p data-bbox="165 1128 574 1227">Вступне слово психолога</p> <p data-bbox="165 1279 574 1509">Мета: надання інформація щодо мети заняття, налаштування на роботу.</p> <p data-bbox="261 1561 512 1597">Час: 10 хвилин.</p>	<p data-bbox="600 734 1391 1989">П: «Добрий день, шановні учасники! На сьогоднішній день ми з Вами маємо вже зовсім інший досвід: навички самоконтролю, релаксації, усвідомлюємо роль переконань та установок під час виконання професійних обов'язків. Ще однією важливою темою для обговорення є тема впевненості у собі. Сьогодні ми не можемо сподіватися на те, що хтось нам допоможе (окрім славетних воїнів ЗСУ). Проте інші люди, ваші пацієнти, цю надіють транслюють саме на вас. Нам із вами дуже важливо залишатися стійкими без шкоди для себе і знаходити впевненість у собі навіть тоді, коли здається, що вона зовсім зникла. Віднаходити впевненість у собі можливо навіть одне в одному. Ефективна комінкація, позитивне взаємовідношення також стимулюватимуть наснагу і подолання безпорадності. Я пропоную Вам сьогодні опанувати ці навички. Бажаю нам гарної роботи!»</p>

<p>Комунікативна вправа: «Бесіда»</p> <p>Мета: показати важливість для ефективного спілкування рівності позицій, відсутність між ними бар'єрів.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p>	<p>П: «Для виконання цієї вправи ми створимо пари у вільній формі. Нехай кожна пара займе місце так, щоб нікому при цьому не заважати. Вам дається 6 хвилин для розмови. Сьогодні я пропоную Вам тему: «Сучасні тенденції у спорті». За моєю вказівкою в ході бесіди ми будемо міняти положення, не припиняючи розмови. Зараз давайте повернемося один до одного спиною і почнемо розмову.»</p> <p>Учасники 1,5 хвилини розмовляють, сидячи спиною один до одного, по 1,5 хвилини — один сидячи, інший стоячи і навпаки (обличчям один до одного), 1,5 хвилини — сидячи обличчям один до одного.</p> <p>П: «В якому становищі ведення бесіди було найбільш важким? Складним? В якому найбільш комфортним?»</p>
<p>Вправа: «Пошук реальної надії»</p> <p>Мета: оцінити свої реальні можливості у періоди відчуття безпорадності.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p> <p>Обладнання: -</p>	<p>П: «Упродовж тижня Вам необхідно звертати увагу на всі ситуації, коли ви стикаєтеся з порожніми мріями, а коли з реальною надією (незалежно від їх розміру). Наприклад: вдень до вас приходить думка, що непогано б записатися в спортивний клуб або зробити пробіжку, після чого ви відволікаєтеся і забуваєте про це; вставши серед дня на ваги, ви замислюєтеся, що пора схуднути, і під час вечері відмовляєтеся від пирога; кожен день ви замислюєтеся про те, що</p>

	<p>треба б вивчити англійську або записатися на курси підвищення кваліфікації, і навіть не здійснюєте для цього жодного потрібного телефонного дзвінка. Необхідно скласти список. Наприкінці тижня треба уважно його перечитати і задати собі наступні питання: Яке відчуття у мене викликають люди, які живуть порожніми мріями? Який відгук отримують у оточуючих люди, які використовують реальні надії? На чому зосереджуються люди у першій та другій ситуації? Які у мене надії реальні, а які порожні?</p> <p>Обговорення уточнюючих питань до виконання вправи.</p>
<p>Вправа: «Автопілот»</p> <p>Мета: подолання безпорадності.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p> <p>Обладнання: аркуші паперу, канцелярські приладдя.</p>	<p>П: «Кожен з вас повинен поміркувати, яким би йому хотілося бути: як вести себе, як одягатися, яке відношення має бути до себе і оточуючих, в якому середовищі обертатися і т. д. Враховуючи все це, необхідно скласти послідовну програму для власного « автопілота ». Вона повинна бути написана згідно певною схемою. Наприклад: «Я впевнена в собі, я хороша». Після завершення складання програми кожен по черзі зачитує її вголос таким чином, щоб у оточуючих виникло відчуття, що ця людина дійсно така.»</p>

<p>Вправа: «Заспокійливий гай»</p> <p>Мета: техніка релаксації.</p> <p>Час: 10 хвилин.</p>	<p>П: «Друзі, ми з Вами гарно попрацювали, час згадати про важливість технік самозаспокоєння у нашому житті. Сядьте зручно і уважно виконуйте мої інструкції. Бажано заплющити очі. Намагайтеся чітко уявити, виявити в собі такі образи: ви перебуваєте на галявині в лісі, ви гуляєте і сіли відпочити на пеньок, світить яскраве сонце, а в лісі прохолодно і спокійно. Вдихаючи струмінь повітря, яке приємно холодить ніздрі, ви відчуваєте прохолоду і на шкірі чола. Промовляйте про себе: шкіра прохолодна. Уявіть це (пауза 10–15 с). Розплющіть очі. Дайте відповідь на контрольні запитання.</p> <p>Запитання групі:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Чи вдалося вам викликати уявлення про те, що ви перебуваєте серед природи, в лісі?</li> <li>Чи вдалося вам відчути прохолоду повітря?</li> <li>Чи відчули прохолоду на шкірі чола?»</li> </ul>
<p>Заключне слово психолога.</p> <p>Мета: підвести підсумки спільної роботи.</p> <p>Обладнання: -</p> <p>Час: 5 хвилин.</p>	<p>П: «Дорогі друзі! Я дякую вам за цей день, ми наблизилися до екватору наших занять. Мені б дуже хотілося вже дізнатися результати нашої спільної праці, але всьому свій час. Попереду ще 3 захоплюючі дні з Вами. Сподіваюсь, вони зможуть остаточно привнести зміни у вашому житті, роботі, всередині кожного з вас! До зустрічі!»</p>



## Заняття 6

<p>Назва методики або техніки впливу та її опис (мета, процедурне забезпечення, час)</p>	<p>Зміст психокорекційного впливу</p>
<p>Вступне слово психолога</p> <p>Мета: надання інформація щодо мети заняття, налаштування на роботу.</p> <p>Час: 5 хвилин.</p>	<p>П: «Добрий день, шановні учасники! Сьогодні ми продовжуємо з вами пізнавати себе з різних боків, вчимося навичкам самовладання і самоконтролю. Сьогоднішнє заняття не виключення. Маю надію, що ви готові продовжувати змінюватися, тому що зміни – необхідна умова розвитку особистості!»</p>
<p>Міні-лекторій: «Заміна негативних думок про себе на позитивні»</p> <p>Мета:</p> <p>Час: 20 хвилин.</p>	<p>П: «Принципова відмінність впливу позитивних і негативних думок на мозок визначає подальше життя людини. Якщо ми віримо, що зможемо досягти успіху в роботі або особистих справах, то чарівним чином притягуємо до себе позитивний результат. Є безліч тверджень, що думка викликає певні психологічні та фізіологічні зміни в людині. Так, негативні думки пригнічують, а позитивні, навпаки, надихають. Ви, мабуть, і самі помітили: коли думаєш про можливу невдачу, вона може справді тебе спіткати. Якщо ти вважаєш, що непомітний і не вартий уваги, безталанний і нікому не потрібний, тебе справді не помічатимуть або погано ставитимуться. Усе</p>

залежить від твоїх думок, дій і почуттів. З них ми і почнемо боротися за кращі стосунки.

Наші думки пов'язані з позицією стосовно інших людей. Спробуйте визначитися з власною позицією. Розгляд позицій: Я «-», вони «+»; Я «+», вони «-», «Я» «-», вони «-», «Я»+, вони «+». Позитивність – це стан розуму. Не більше, аніж спосіб бачити речі під іншим кутом, і, отже, це явище може перетворити для себе в корисну звичку. Потрібно лише трохи практики й старання – позитивність не досягається відразу, але досягти її легше, ніж багато хто думає.

Якщо ви витратите кілька годин на аналіз своїх думок, то зрозумієте, що насправді в людському мисленні переважають негативні думки. Так працюють захисні реакції нашої психіки, які неможливо повністю відключити (і це було б небезпечно). Одержимість страхом і очікуванням поганого робить нас невпевненими. Страх обмежує нас і віддаляє від бажаного. Однак, загалом є тільки два варіанти кінцевого результату: або станеться щось, що ми сприймемо як "погане" – або щось, що ми сприймемо як "добре". Імовірність десь 50 на 50. Так хіба не краще перетворити наші переживання в щось більш обнадійливе, позитивне і конструктивне? Було доведено, що чоловіки та жінки з високим рівнем оптимізму в середньому живуть на 11-15% довше, ніж ті, для

	<p>кого нехарактерно позитивне мислення. Оптимізм не означає ігнорування життєвих проблем. Але коли відбуваються негативні події, оптимістичні люди менш схильні звинувачувати себе і з більшою ймовірністю бачать перешкоду тимчасовою. Позитивне мислення робить наше життя краще, позбавляє від зайвого стресу. Ми можемо прокинутися вранці та подумати: "Сьогодні буде дощ – це значить, що будуть пробки, я спізнюся, у мене буде менше часу на роботу, через що начальник зробить мені догану. Одним словом, паршивий день". Або, що вимагає невеликих зусиль над собою, втім буде визначено більш позитивним: "Сьогодні похмуро, ну, це ж осінь, що з неї взяти? Треба вийти раніше, щоб уникнути пробок і встигнути закінчити роботу до вечора – все буде добре!". Дві альтернативи, але одна змушує вас йти на роботу засмученим і налаштованим на негатив, а інша змушує відчувати позитивне мислення, протистояти проблемам і зосередитися на їх вирішенні.</p>
<p>Вправа: «Заміна негативних думок про себе на позитивні. Частина II»</p>	<p>II: «Я пропоную Вам записати всі негативні думки про себе. Потім уважно прочитати і замінити на позитивні, наприклад, «Я нерішучий» – «Є ситуації, у яких мені вдається</p>

<p>Мета: підвищення самооцінки, формування позитивного мислення.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p> <p>Обладнання: аркуші паперу та канцелярські приладдя.</p>	<p>швидко прийняти рішення». Прошу кожного набратися сміливості і зачитати власні твердження нам усім.»</p>
<p>Вправа: «Напишу листа»</p> <p>Мета: усвідомлення небажаної поведінки або стану, необхідності змінити актуальний стан справ.</p> <p>Час: 15 хвилин.</p> <p>Обладнання: аркуші паперу, канцелярські приладдя.</p>	<p>П: «Пропоную вам прямо зараз написати листа до вашої небажаної поведінки, уявляючи, що це ваш друг. Під час написання цього листа потрібно думати, як вам допомагає розлад. Приклади небажаної поведінки: надмірна тривожність, відчуття втрати контролю та безпорадності, бажання вімежовуватися від навколишньої дійсності. Розгляньте різні сфери – самоповагу, контроль над собою, зовнішні ознаки, стосунки з іншими тощо. Після написання, ми з вами відповімо на такі питання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- На вашу думку, чи варто змінювати існуючий стан справ? Коригувати деструктивні установки? Чому?</li> </ul>
<p>Вправа: «Звільнення від думок»</p>	<p>П: «Сядьте зручно. Стежте за власними думками.</p> <p>Дозвольте собі ні про що не думати.</p>

<p>Мета: техінка релаксації.</p> <p>Обладнання: -</p> <p>Час: 10 хвилин.</p>	<p>Залишайтеся в такому стані доти, доки не почуватиметеся ліпше.</p> <p>Питання до групи: Як ви себе відчуваєте? Чи складно вам залишатися наодинці із своїми думками? Якщо так, то чому? Які думки приходять у вашу голову?</p>
<p>Заключне слово психолога.</p> <p>Мета: підвести підсумки спільної роботи.</p> <p>Обладнання: -</p> <p>Час: 5 хвилин.</p>	<p>П: «Дорогі друзі! Вкотре дякую вам за вашу активність і бажання змінюватися. Ви дійсно молодці і у вас все вийде. Я раджу вам змінювати власні установки поступово, але систематично. В свою чергу, я обіцяю бути поруч за необхідності. До зустрічі!»</p>

### Заняття 7

<p>Назва методики або техніки впливу та її опис (мета, процедурне забезпечення, час)</p>	<p>Зміст психокорекційного впливу</p>
<p>Вступне слово психолога</p> <p>Мета: надання інформація щодо мети заняття, налаштування на роботу.</p> <p>Час: 5 хвилин.</p>	<p>П: «Добрий день, шановні учасники! Сьогодні ми наближуємося до фіналу нашого циклу тренінгових занять. Але це ще не все! Ви готові продовжувати? Сповідуюсь, що так. Це важливо з тих причин, що будь-які навички мають бути закріплені та перевірена їх ефективність. Бажаю нам гарної роботи!»</p>

<p>Притча-роздум: «Раббі Зуссі»</p> <p>Мета: проаналізувати притчу про самовдосконалення і саморозвиток</p> <p>Час: 30 хвилин.</p>	<p>П: «Одна людина (Раббі Зусі) вирішила змінити світ. Але світ такий великий, а людина (Зусі) – така маленька. Тоді вона (Зусі) вирішила змінити своє місто. Але місто – таке велике, а людина (Зусі) – така маленька. Тоді вона (Зусі) вирішила змінити власну сім'ю. Але сім'я у неї (Зусі) така велика, одних дітей з десяток. Так людина (Зусі) дісталася до того єдиного, що вона в силах змінити, будучи таким маленьким, – самого себе.</p> <p>Далі - обговорення притчі.</p> <p>Питання учасникам групи: Як ви вважаєте, який сенс цієї притчі?</p> <p>Підсумок обговорення учасників групи був такий: людина повинна прагнути до того, щоб змінитися на краще.</p> <p>Практика показує, що притча допомагає поглянути на події з незвичного боку, дає змогу точно натякнути на неправильну поведінку або образ думки учасника.</p>
<p>Вправа: «Модель здоров'я»</p> <p>Мета: стимулювати роздуми в</p>	<p>П: «Ні для кого не є секретом той факт, що у процесі міжособистісної взаємодії люди змінюють одне одного. Ми навчаємося невідомим для нас емоціям, «підхоплюємо» бажання до активної діяльності, а головне – черпаємо мотивацію до особистісного розвитку.</p>

<p>учасників тренінгу щодо їх взаємовідносин.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p> <p>Обладнання: ватман, ножиці, клей, старі журнали.</p>	<p>У розвитку немає нічого комфортного і, можливо, ви відчували колись легкі нотки заздрощів до свого колеги з приводу його успіхів. Головний момент у цій ситуації – зупинити потік думок і зрозуміти, що це має викликати у вашій підсвідомості не злість на себе і свого колегу, а бажання самому досягти вершин у справі свого життя. Навіть, якщо це важко і, здається, неможливо. На цьому ватмані я пропоную вам створити колаж на тему «Що допомагає нашому колективу «зберегти здоров'я». Під словом здоров'я мається на увазі психічне здоров'я, безконфліктне спілкування і ефективну взаємодію. Головне: кожен має висловити свою думку аби колаж був дійсно колективним.»</p>
<p>Вправа: «Спостерігач»</p> <p>Мета: усвідомлення небажаної поведінки або стану, необхідності змінити актуальний стан справ.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p> <p>Обладнання: аркуші паперу, канцелярські приладдя.</p>	<p>П: «У певні моменти нашого життя трапляються ситуації, які буквально зрушують наш спокій і рівновагу. Ці ситуації можуть супроводжувати нас вдома, на роботі, у компанії із друзями. Проте як ми виглядаємо у цей час і як ліквідуємо ці емоції нам невідомо, стан агресії десь зникає і нами оволодіває або відчуття провини, або ще більшої люті на себе. Друзі, поділіться на трійки. Кожен з вас в утвореній трійці буде виконувати роль учасників «А», «Б» та «В». Можете одразу визначитись, під якою літерою він почне. Учасник А розповідає про ситуацію, в якій він почував себе дуже злим.</p>

	<p>Учасник Б грає роль психолога і намагається підтримати розмову та дозволити собі максимально виразити агресію. Учасник В – спостерігач. Після мого сигналу відбудеться зміна ролей.</p> <p>Обговорення вправи. Після виконання вправи, група надає відповідь на такі питання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- На вашу думку, як впливає особисто на вас викид агресії та люті? Чи стає вам легше? Як часто у вас виникає цей стан ? Як ви його долаєте? Це ефективний засіб для боротьби із такими сильними емоціями?</li> </ul>
<p>Тематична медитація: «Я прощаю . . .»</p> <p>Мета: техніка релаксації.</p> <p>Обладнання: -</p> <p>Час: 10 хвилин.</p>	<p>П: «Я закриваю очі ... розслабляюся ... глибоко дихаю ... Уявляю теплу енергію, що обертається під моїми ногами за годинниковою стрілкою. У міру того, як ця енергія піднімається вгору по моєму тілу, всі м'язи розслабляються ... Енергія просочує стопи моїх ніг ... литок ... колін ... стегон ... живота ... грудей ... спини ... плечей ... рук ... шиї ... і голови. Я розслабляюся з кожним вдихом все більше і більше, я заспокоююся з кожним видихом все більше і більше ...</p> <p>Я уявляю собі, що стою на березі моря. Хлюпочуться хвилі, лагідний вітерець пестить моє обличчя. Світить сонечко, я стою і дивлюся, як хлюпочуться хвилі, набігаючи на пісок і торкаючись моїх ніг. Це Море Життя. Я нахиляюся, беру в руки невеликий прутик і пишу на піску: "Я прощаю ..." Далі пишу імена тих</p>



	людей, які колись мене образили, зробили щось погане ... Я щиро прощаю їх. І посилаю їм потік любові. Я бажаю їм щастя і удачі. І відпускаю свої образи і біль ... Я розумію, що прощення необхідно, в першу чергу, мені. Тому що, не бажаючи когось пробачити, я обмежую можливості свого духовного зростання, відрізаю себе від усього хорошого в житті. Прощення дозволяє виправити всі спотворення в моєму житті, дозволяє змінити себе.
<p>Заключне слово психолога.</p> <p>Мета: підвести підсумки спільної роботи.</p> <p>Обладнання: -</p> <p>Час: 5 хвилин.</p>	<p>П: «На цій чарівній медитативній ноті я прощаюся з вами до нашого наступного заняття. Дякую вам за активну участь. Пам'ятайте, що спокій та рівновага не виникають за однієї лише думки про них. Відновлення душевного спокою це велика і кропітка праця, що потребує зосередження на власних цінностях, мотивації, цілях.»</p>

### Заняття 8

<p>Назва методики або техніки впливу та її опис (мета, процедурне забезпечення, час)</p>	<p>Зміст психокорекційного впливу</p>
<p>Вступне слово психолога</p>	<p>П: «Добрий день, шановні учасники! Сьогодні ми з вами інші люди. Так так, я не помиляюсь! Сьогодні ви володієте вже іншим досвідом: ми вчилися з вами працювати у</p>

<p>Мета: надання інформація щодо мети заняття, налаштування на роботу.</p> <p>Час: 5 хвилин.</p>	<p>команді, відновлювати внутрішню рівновагу, аналізувати власні емоції. Хіба цього не достатньо? Ви великі молодці! Наш тренінг сьогодні буде мати характер «завдання на літо» і потребуватиме від вас виконання моїх настанов, повторення попередньої інформації. Бажаю нам удачі!»</p>
<p>Вправа: Аналіз «АВС» моделі Д. Келлі</p> <p>Мета: отримання навичок аналізувати власну поведінку, стани, емоції.</p> <p>Час: 20 хвилин.</p>	<p>П: «Пропоную вам поглянути на фліпчарт. Зараз ви бачите модель «АВС» Д. Келлі. А – це психотравмуюча ситуація або подразник, що впливає на вас у певних життєвих ситуаціях; С – емоційна або поведінкова реакція; В – неусвідомлені думки (витіснені, проігноровані тощо). Саме остання ланка моделі «В» і є тими істотними емоціями, які потрібно визначити нам із вами. Їх ідентифікація необхідна для того, щоб вміти вчасно відстороняти деструктивні репертуари у вашій поведінці, деструктивні емоції і стани. Задля того аби ця навичка сформувалась, цей аналіз потрібно проводити постійно у перший час. Особливо зараз, коли від вас залежить ще більша кількість життів, ви маєте залишатися в ресурсі і для того, щоб це було реально здійснити, потрібно вміти не допускати виникнення деструктивного для вас стану і відновлюватися якнайшвидше.</p> <p><i>Далі відбувається обговорення будь-якої професійної або особистої ситуації із учасниками із застосуванням моделі «АВС»</i></p>

<p>Вправа: «Щоденник думок»</p> <p>Мета: практичні навички із самоаналізу.</p> <p>Час: 10 хвилин.</p> <p>Обладнання: приклад щоденника.</p>	<p>П: «Із попередньої вправи ми з вами з'ясували, що таке модель «АВС», з чого вона складається і як нею користуватися. Беззаперечно, зараз вам здається, що аналізувати власні неусвідомлені стани та емоції подумки швидше і ефективніше. Проте це не зовсім так. З огляду на вашу професійну діяльність, важко навіть сказати, чи є у вас час поспіяти. Стосовно ґрунтовного самоаналізу мови не йде. Саме тому я пропоную вам створити для себе ваш власний «Щоденник думок». Це може бути звичайний зошит або блокнот, головне – наповнення.</p> <p>Що необхідно фіксувати?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ситуації. З ким? Що? Коли? Де?</li> <li>2. Почуття.       <ol style="list-style-type: none"> <li>А. Що ви відчували?</li> <li>Б). Оцініть кожне почуття/емоцію (0–100%).</li> </ol> </li> <li>3. Автоматичні думки (образи).       <ol style="list-style-type: none"> <li>А. Що виникло у вашій свідомості безпосередньо перед тим, як виникло це почуття? Якісь інші думки? Образи?</li> <li>Б. З усіх зазначених наголосіть на найбільш напруженій думці.</li> </ol> </li> <li>4. Доводи на користь істинності напруженої думки.</li> <li>5. Доводи проти напруженої думки.</li> <li>6. Опишіть альтернативні думки.</li> </ol>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>7. Оцініть власні почуття тепер.</p> <p>Коли потрібно фіксувати інформацію?</p> <p>У ситуаціях, коли ви тільки починаєте відчувати втрату балансу, ресурсного стану, відчуваєте розпач і безпорадність.</p> <p>Ведення такого щоденника допоможе вам вкотре перечитувати ситуації, з якими вам довелося стикатися і як ви з ними впролися / як не потрібно реагувати / які справжні почуття ховаються за тими, які ви трансливали у конкретній ситуації. Сповідуюсь, ви скористаетесь моєю порадою. Що ви думаєте з цього приводу?»</p>
<p>Тематична медитація: «Самопороджуюче тренування»</p> <p>Мета: навчання навичкам аутогенного тренування.</p> <p>Обладнання: -</p> <p>Час: 10 хвилин.</p>	<p>П: «Я відчуваю спокій.</p> <p>21</p> <p>Я відчуваю глибокий спокій.</p> <p>Я відволікаюся від усякої поспішності.</p> <p>Аутогенне – «самопороджуюче тренування», у процесі якого людина сама собі надає необхідну допомогу. Джерела аутогенного тренування входять у багатовікове минуле різних систем самовдосконалення, зокрема староіндійська система йогів, учення про навіювання та самонавіювання, практика гіпнозу, дослідження активної регуляції тону м'язів. Німецький вчений Й. Г. Шульц об'єднав ці джерела і створив із них сувору систему, обґрунтувавши її 1932 р. у своїй книзі</p>

«Аутогенне тренування». Пропоную нам із вами спробувати виконати одну з практик. За бажанням, ви зможете використовувати АТ у повсякденному житті.

«Я звільняюся від внутрішнього напруження.

Розслабляюся.

Мені все байдуже.

Для мене це не дуже важливо.

Усе інше – поза мною.

Відчуваю спокій. Розслабляюся.

Усе навколишнє – далеко і байдуже.

Заглиблююся у внутрішню тишу.

Усі мої думки спрямовані на спокій.

Я зовсім спокійний.

Ніщо не може мені заважати.

Спокій і рівновага наповнюють мене.

Я не роблю нічого, зовсім нічого – нехай все заспокоїться.

Віддаюся спокою, рівновазі, розслабленню.

Спокій огортає мене, як прозоре м'яке пальто.

Спокій відмежовує.

Я зовсім одна з власним внутрішнім спокоєм.

Розслабляю м'язи правої руки. Права рука важка.

Чітко відчуваю важкість правої руки.

	<p>Права рука стає ще важчою. Вона важка, як свинець.</p> <p>Важкість правої руки велика.</p> <p>Важкість правої руки величезна.</p> <p>Не можу її підняти.</p> <p>Розслабляю м'язи лівої руки.</p> <p>Ліва рука важка. Чітко відчуваю важкість лівої руки.</p> <p>Ліва рука стає ще важчою.</p> <p>Вона важка, як свинець.</p> <p>Важкість лівої руки велика.</p> <p>Важкість лівої руки величезна.</p> <p>Не можу її підняти.</p> <p>Розслабляю м'язи правої ноги.</p> <p>Права нога важка.</p> <p>Чітко відчуваю важкість правої ноги.</p> <p>Права нога стає ще важчою.</p> <p>Вона важка, як чавун.</p> <p>Важкість правої ноги велика.</p> <p>Важкість правої ноги величезна.</p> <p>Не можу нею рухати.</p> <p>Розслабляю м'язи лівої ноги.</p> <p>Ліва нога важка.</p> <p>Чітко відчуваю важкість лівої ноги.</p> <p>Ліва нога стає ще важчою.</p> <p>Вона важка, як чавун.</p> <p>Важкість лівої ноги велика.</p> <p>Важкість лівої ноги величезна.</p> <p>Не можу нею рухати.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Розслабляю м'язи живота.</p> <p>М'язи живота м'які.</p> <p>Розслабляю м'язи грудної клітки.</p> <p>Дихаю вільно.</p> <p>Розслабляю м'язи обличчя.</p> <p>Чітко відчуваю розслаблення м'язів обличчя.</p> <p>Чоло гладке. Зовсім рівне.</p> <p>Нижня губа відвисає.</p> <p>Повіки стали важкими.</p> <p>Усе тіло повністю розслаблене і безвладне.</p> <p>Усе тіло важке, як мішок із піском.</p> <p>Тепло розходитьься по правій руці.</p> <p>Доходить до кисті руки. Тепло охоплює праву руку.</p> <p>Виходить на шкіру.</p> <p>Чітко відчуваю приємне тепло на правій руці.</p> <p>Тепло розходитьься по лівій руці.</p> <p>Доходить до кисті руки.</p> <p>Тепло охоплює ліву руку.</p> <p>Виходить на шкіру.</p> <p>Чітко відчуваю приємне тепло на лівій руці.</p> <p>Тепло розходитьься по правій нозі.</p> <p>Доходить до стопи.</p> <p>Тепло охоплює праву ногу.</p> <p>Виходить на шкіру.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Чітко відчуваю приємне тепло на правій нозі.</p> <p>Тепло розходить на лівій нозі.</p> <p>Доходить до стопи.</p> <p>Тепло охоплює ліву ногу.</p> <p>Виходить на шкіру.</p> <p>Чітко відчуваю приємне тепло на лівій нозі.</p> <p>Відчуваю тепло, яке доходить до сонячного сплетіння.</p> <p>Тепло з сонячного сплетіння розходить на животі.</p> <p>Живіт наповнюється теплом.</p> <p>У всій порожнині живота відчуваю приємне тепло.</p> <p>Тепло проникає з живота в грудну клітку.</p> <p>У грудній клітці відчуваю приємне тепло.</p> <p>Грудна клітка наповнюється приємним теплом.</p> <p>Відчуваю тепло у всьому тілі.</p> <p>Усе моє тіло наповнене приємним теплом.</p> <p>Внутрішнє тепло відчуваю у всьому тілі.</p> <p>Чітко відчуваю тепло у всьому тілі.</p> <p>Тепло таке приємне, як дуже тепла ванна.</p> <p>Мені добре.</p> <p>Відчуваю себе легко і вільно.</p> <p>Я зовсім спокійний.</p> <p>Серце б'ється ритмічно і спокійно, ритмічно і спокійно.</p> <p>Дихаю повільно.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>Чоло приємно холодне. Відчуваю приємну прохолоду на чолі. Мені добре, мені добре.»</p>
<p>Вправа: «ДІЙ!»</p> <p>Мета: сформулювати плани на майбутнє з урахуванням отриманого досвіду.</p> <p>Обладнання: аркуші паперу та канцелярські приладдя.</p> <p>Час: 15 хвилин.</p>	<p>П: «Друзі, пропоную трошки активізуватися після нашого аутогенного тренування. Я пропоную кожному з вас подумати про те, що ви отримали від курсу, і що збирається робити після завершення нашої спільної роботи. Отже, я прошу вас поділитися на кілька міні-груп і розділити аркуш паперу на три стовпці з написом «Шість місяців», «Три місяці» й «завтра» та заповнити ці стовпці. Після того, як ви сформуєте свій перелік, я прошу вас зачитати по одному, але найважливішому відгуку.»</p>
<p>Заключне тестування групи медиків після циклу психокорекційного впливу</p> <p>Мета: діагностувати результат</p> <p>Час: 30-45 хвилин.</p> <p>Обладнання: ручки, індивідуальні бланки для відповідей.</p>	<p>П: «Друзі, я вкотре дякую вам за активну участь у наших заходах. Я дійсно бачу зміни у вашому внутрішньому стані, але те, що досліджується та фіксується практичним шляхом – точніше та доцільніше обґрунтувати. Я прошу вас повторно пройти тестування. Ви отримаєте індивідуальні бланки для відповідей і детальні інструкції.»</p>
<p>Заключне слово психолога.</p>	<p>П: «Шановні медики! Я від щирого серця дякую вам за вашу активність, наполегливість і душевність. Ви – неймовірні. Я сподіваюсь, що</p>

<p>Мета: підвести підсумки роботи.</p> <p>Обладнання: -</p> <p>Час: 5 хвилин.</p>	<p>наші заняття вам допомогли сформувати необхідні навички, відпочити, відновити ресурс і поглянути один на одного по-новому. Маю надію, що ми зустрінемося ще раз аби так само активно і з користю попрацювати. Бережіть себе! Перемога за нами!»</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Таблиця 4 Результати тестування після реалізації програми психокорекції відповідно до методики «Самооцінка емоційних станів» А. Уесманна і Д. Рікса

№ з/п	П.І.Б. досліджуваного	Досліджувані ознаки: 1. <u>Спокій / тривожність</u> 2. <u>Енергійність / втома</u> 3. <u>Піднесеність / пригніченість</u> 4. <u>Впевненість / безпорадність</u> 5. <u>Сумарна к-ть балів</u>
1	Пелюханова Лариса Миколаївна	8 7 5 5 25
2	Рожко Жанна Станіславівна	6 6 5 5 22
3	Гордієнко Наталя Юріївна	5 6 4 5 20
4	Зінченко Ніна Іванівна	6 7 6 5 24
5	Кулік Аліна Володимирівна	5 4 6 4 19
6	Денисенко Євгенія Андріївна	6 6 4 6 22
7	Бабіч Єлизавета Олексіївна	3 7 5 6 21
8	Панчишина Алла Йосипівна	5 5 7 4 21
9	Губська Дар'я Василівна	7 7 5 4 20
10	Горбатюк Вікторія Вікторівна	8 5 4 4 21
11	Кравченко Дар'я Андріївна	6 6 4 5 21

12	Токарева Кузьмівна	Валентина	8	6	7	6	27
13	Третьякова Анатоліївна	Олена	5	8	4	6	23
14	Чантурідзе Олександрівна	Олена	8	6	5	7	26
15	Стребак Наталя Анатоліївна		6	6	4	5	21
16	Мартишова Едуардівна	Тетяна	6	7	5	7	25
17	Челпан Марина Михайлівна		5	5	4	5	19
18	Обоянська Вікторівна	Любов	5	4	6	4	19
19	Смирнова Анатоліївна	Ольга	7	7	7	5	26
20	Осмуха Олена Миколаївна		5	7	7	5	24
21	Гончаренко Штефанівна	Дар'я	4	5	4	4	17
22	Мартієнко Володимирівна	Марина	4	5	4	5	18
23	Дабіжевська Петрівна	Валентина	5	7	5	5	22
24	Самойлова Олександрівна	Юлія	5	7	2	5	19

25	Самсонова Миколаївна	Ольга	7	6	6	4	23
26	Торгашова Михайлівна	Тетяна	5	5	4	4	18
27	Миланкіна Світлана Іллівна		5	5	8	5	23
28	Сологуб Тетяна Олегівна		5	5	6	7	23
29	Бутенко Василівна	Валентина	5	6	5	6	22
30	Носова Любов Михайлівна		5	4	6	7	22
31	Лисянська Вікторівна	Людмила	6	6	8	5	25
32	Фаловська Тетяна Павлівна		7	7	4	8	26
33	Куреня Інна Вікторівна		3	7	5	5	20
34	Шулешко Наталя Євгенівна		5	2	7	4	21

Таблиця 5 Результати тестування після реалізації програми психокорекції відповідно до методики «Оцінка ступеня зниженого настрою – субдепресії» В.

Зунга в адаптації Т. М. Балашової

№ з/п	П.І.Б. досліджуваного	Кількість балів	Результат
1	Пелюханова Лариса Миколаївна	50	• Легка депресія
2	Рожко Жанна Станіславівна	50	• Легка депресія
3	Гордієнко Наталя Юріївна	55	• Легка депресія
4	Зінченко Ніна Іванівна	48	• Відсутність зниженого настрою
5	Кулік Аліна Володимирівна	49	• Відсутність зниженого настрою
6	Денисенко Євгенія Андріївна	49	• Відсутність зниженого настрою
7	Бабіч Єлизавета Олексіївна	47	• Відсутність зниженого настрою
8	Панчишина Алла Йосипівна	45	• Відсутність зниженого настрою
9	Губська Дар'я Василівна	51	• Легка депресія

10	Горбатюк Вікторія Вікторівна	45	• Відсутність зниженого настрою
11	Кравченко Дар'я Андріївна	60	• Субдепресивний стан
12	Токарева Валентина Кузьмівна	52	• Легка депресія
13	Третякова Олена Анатоліївна	59	• Легка депресія
14	Чантурідзе Олена Олександрівна	62	• Субдепресивний стан
15	Стребак Наталя Анатоліївна	46	• Відсутність зниженого настрою
16	Мартишова Тетяна Едуардівна	55	• Легка депресія
17	Челпан Марина Михайлівна	52	• Легка депресія
18	Обоянська Любов Вікторівна	52	• Легка депресія
19	Смирнова Ольга Анатоліївна	48	• Відсутність зниженого настрою
20	Осмуха Олена Миколаївна	51	• Легка депресія
21	Гончаренко Дар'я Штефанівна	49	• Відсутність зниженого настрою

22	Мартієнко Марина Володимирівна	50	• Легка депресія
23	Дабіжевська Валентина Петрівна	51	• Легка депресія
24	Самойлова Юлія Олександрівна	54	• Легка депресія
25	Самсонова Ольга Миколаївна	51	• Легка депресія
26	Торгашова Тетяна Михайлівна	49	• Відсутність зниженого настрою
27	Миланкіна Світлана Іллівна	50	• Легка депресія
28	Сологуб Тетяна Олегівна	46	• Відсутність зниженого настрою
29	Бутенко Валентина Василівна	51	• Легка депресія
30	Носова Любов Михайлівна	47	• Відсутність зниженого настрою
31	Лисянська Людмила Вікторівна	50	• Легка депресія
32	Фаловська Тетяна Павлівна	54	• Легка депресія
33	Куреня Інна Вікторівна	59	• Легка депресія



34	Шулешко Наталя Євгенівна	45	<ul style="list-style-type: none"><li>• Відсутність зниженого настрою</li></ul>
----	-----------------------------	----	-------------------------------------------------------------------------------------

Таблиця 6 Результати тестування після реалізації програми психокорекції відповідно до методики «Шкала астенічного стану» Л. Д. Майкова і адаптації Т. Г. Чоргової

№ з/п	П.І.Б. досліджуваного	Кількість балів	Результат
1	Пелюханова Лариса Миколаївна	78	▪ Помірна астенія
2	Рожко Жанна Станіславівна	49	▪ Відсутність астенії
3	Гордієнко Наталя Юріївна	53	▪ Слабка астенія
4	Зінченко Ніна Іванівна	76	▪ Помірна астенія
5	Кулік Аліна Володимирівна	55	▪ Слабка астенія
6	Денисенко Євгенія Андріївна	50	▪ Відсутність астенії
7	Бабіч Єлизавета Олексіївна	54	▪ Слабка астенія
8	Панчишина Алла Йосипівна	77	▪ Помірна астенія
9	Губська Дар'я Василівна	60	▪ Слабка астенія

10	Горбатюк Вікторія Вікторівна	81	▪ Помірна астенія
11	Кравченко Дар'я Андріївна	75	▪ Слабка астенія
12	Токарева Валентина Кузьмівна	54	▪ Слабка астенія
13	Третякова Олена Анатоліївна	59	▪ Слабка астенія
14	Чантурідзе Олена Олександрівна	98	▪ Помірна астенія
15	Стребак Наталя Анатоліївна	51	▪ Слабка астенія
16	Мартишова Тетяна Едуардівна	71	▪ Слабка астенія
17	Челпан Марина Михайлівна	76	▪ Помірна астенія
18	Обоянська Любов Вікторівна	50	▪ Відсутність астенії
19	Смирнова Ольга Анатоліївна	51	▪ Слабка астенія
20	Осмуха Олена Миколаївна	100	▪ Поірна астенія
21	Гончаренко Дар'я Штефанівна	99	▪ Помірна астенія

22	Мартієнко Марина Володимирівна	101	▪ Виражена астенія
23	Дабіжевська Валентина Петрівна	57	▪ Слабка астенія
24	Самойлова Юлія Олександрівна	50	▪ Слабка астенія
25	Самсонова Ольга Миколаївна	70	▪ Слабка астенія
26	Торгашова Тетяна Михайлівна	71	▪ Слабка астенія
27	Миланкіна Світлана Іллівна	59	▪ Слабка астенія
28	Сологуб Тетяна Олегівна	63	▪ Слабка астенія
29	Бутенко Валентина Василівна	84	▪ Посірна астенія
30	Носова Любов Михайлівна	74	▪ Слабка астенія
31	Лисянська Людмила Вікторівна	93	▪ Помірна астенія
32	Фаловська Тетяна Павлівна	52	▪ Слабка астенія
33	Куреня Інна Вікторівна	68	▪ Слабка астенія

34	Шулешко Наталя Євгенівна	70	▪ Слабка астенія
----	-----------------------------	----	------------------

Таблиця 4.6.11. Відмінності між показниками до та після участі медичних працівників у психокорекційній програмі

Показники	Етапи дослідження		р
	Констатувальний	Контрольний	
Спокій	4,58 ± 1,25	5,61 ± 1,30	0,000
Тривожність	3,5	3,5	
Енергійність	4,85 ± 1,55	5,85 ± 1,23	0,000
Втома	3,3	3,5	
Піднесений настрій	4,67 ± 1,42	5,23 ± 1,37	0,000
Пригніченість	3,4	3,8	
Упевненість	4,17 ± 1,29	5,20 ± 1,06	0,000
Безпорадність	3,4	4	
Депресія	54,55 ± 5,21	50,94 ± 4,30	0,000
Астенія	68,50 ± 16,29	61,14 ± 13,76	0,000