



RS Global
Journals

Scholarly Publisher
RS Global Sp. z O.O.
ISNI: 0000 0004 8495 2390

Dolna 17, Warsaw, Poland 00-773
Tel: +48 226 0 227 03
Email: editorial_office@rsglobal.pl

JOURNAL	International Journal of Innovative Technologies in Social Science
p-ISSN	2544-9338
e-ISSN	2544-9435
PUBLISHER	RS Global Sp. z O.O., Poland

ARTICLE TITLE	ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ В УМОВАХ ПІДВИЩЕНОЇ СТРЕСОГЕННОСТІ (З ВЕТЕРАНАМИ АТО/ООС)
----------------------	--

AUTHOR(S)	Лапінська Т. В.
------------------	-----------------

ARTICLE INFO	Lapinska T. V. (2021) Psycho-Emotional State Nurses Working in Conditions of Increased Stress (with Anti-Terrorist Operation Veterans). International Journal of Innovative Technologies in Social Science. 2(30). doi: 10.31435/rsglobal_ijitss/30062021/7568
---------------------	--

DOI	https://doi.org/10.31435/rsglobal_ijitss/30062021/7568
------------	---

RECEIVED	26 April 2021
-----------------	---------------

ACCEPTED	02 June 2021
-----------------	--------------

PUBLISHED	07 June 2021
------------------	--------------



This work is licensed under a **Creative Commons Attribution 4.0 International License**.

© The author(s) 2021. This publication is an open access article.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ В УМОВАХ ПІДВИЩЕНОЇ СТРЕСОГЕННОСТІ (З ВЕТЕРАНАМИ АТО/ООС)

Лопінська Т. В.,

аспірант кафедри психології, Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України, м. Бердичів, Україна, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8963-2087>

DOI: https://doi.org/10.31435/rsglobal_ijitss/30062021/7568

ARTICLE INFO

Received 26 April 2021

Accepted 02 June 2021

Published 07 June 2021

KEYWORDS

psycho-emotional state, psychopathological features (PF), depression, professional burnout (PB), nursing staff, stress.

ABSTRACT

The article is devoted to the analysis of the psycho-emotional state of nursing staff in terms of the level of manifestation of depressive and anxious symptoms, the identification of factors that have the greatest impact on the psycho-emotional state of medical workers and are one of the reasons for the formation and development of professional (emotional) burnout of EMC, which work in conditions of increased occupational stress (ATO / OOS). Long-term collisions of the SMP with psychological characteristics not only with ATO / OOS veterans, but also in communication with each other leads to psycho-emotional overstrain in the conditions of professional, medical relationships and other interactions (communication, performance of the task, assistance) and creates the foundation for the emergence of professional (emotional) burnout. The activities of medical workers are associated with the rescue of people, a special, individual approach to everyone, requires the presence of such psychological qualities as emotional stability, professional adaptation, mutual respect and understanding. The effectiveness of overcoming crisis or stressful periods depends on individual personality traits, among which gender, intelligence, personality temperament play an important role. One of the equally important factors in the change in the psycho-emotional state of the EMS is the age and length of service in the medical field and the professional development of a specialist in this area. Conducted by E.F. Zeer [1] analysis makes it possible to identify four main personal components of the professional development of a specialist:

- extreme professional competence (the ability to act in conditions that have suddenly become more complicated, in case of accidents, violations of technological processes).

1. The orientation of the personality, which is characterized by a system of dominant needs, motives, attitudes, value orientations and attitudes.

The components of a professional focus are:

- motives (intentions, interests, inclinations, ideals);
- value orientations (content of labor, wages, welfare, qualifications, career, social status, etc.);
- professional position (attitude to the profession, attitudes, expectations and readiness for professional development)
- social and professional status.

At different stages of formation, these components have a different psychological meaning, due to the nature of the leading activity and the level of professional development of the individual.

2. Professional competence - a set of professional knowledge, skills, as well as ways of performing professional activities. Its main components:

- social and legal competence (knowledge and skills in the field of interaction with public institutions and people, as well as mastery of the techniques of professional communication and behavior);
- special competence (readiness to independently perform specific types of activities, the ability to solve typical professional tasks and evaluate the results of one's work, the ability to independently acquire new knowledge and skills in the specialty);
- personal competence (the ability for continuous professional growth and professional development, as well as self-realization in professional work);
- self-competence (an adequate understanding of one's social and professional characteristics and mastery of technologies for overcoming professional destruction)

3. Professionally important qualities are the psychological qualities of a person that determine the productivity (productivity, quality, efficiency, etc.) of the activity. They are multifunctional and at the same time each profession has its own ensemble of these qualities.

4. Professionally significant psychophysiological properties (visual-motor coordination, eye, neuroticism, extraversion, reactivity, energetism, etc.). The development of these properties occurs already in the course of mastering the activity. In the process of professionalization, some psychophysiological properties determine the development of professionally important qualities, while others, being professionalized, acquire an independent meaning.

O. M. Kokun in his monograph «The Psychology of the Professional Development of a Modern Specialist» notes that «... according to the studies of the last decade, in the training of specialists from different professions belonging to the» person-to-person «type, there is a significant contradiction: on the one hand, socio-economic changes occurring in society cause an increase in the requirements for such specialists, their activity and responsibility in relation to their own professional and personal development, and on the other hand, the training of these specialists remains largely purely formal, and their professional development most often occurs spontaneously. It should also be noted that if comparatively a lot of research is devoted to the stages of professional selection and, especially, professional training of professions of the «person-to-person» type, then psychological studies of the subsequent stages of the formation of a specialist in such professions practically were not carried out (excluding individual studies of teachers)» [2]. Therefore, the topic of the psycho-emotional state of the EMS, which work with a special category of patients, namely, combatants, veterans of the ATO / OOS requires study and analysis, taking into account the age and duration of communication with patients, and determined the relevance of this problem and, accordingly, the topic. Thus, the study of the psycho-emotional state of the EMC is based on the division of paramedical workers into groups, which are divided by age categories and work experience.

Citation: Lapinska T. V. (2021) Psycho-Emotional State Nurses Working in Conditions of Increased Stress (with Anti-Terrorist Operation Veterans). *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*. 2(30). doi: 10.31435/rsglobal_ijitss/30062021/7568

Copyright: © 2021 **Lapinska T. V.** This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**. The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Постановка проблеми в загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. В наукових дослідженнях звертається увага на індивідуально-психологічні особливості (індивідуальні відмінності) людини, які суттєво впливають на якість та продуктивність праці і є важливим фактором в розвитку професійного (емоційного) вигорання. Індивідуальні відмінності є психологічними рисами, що відрізняють одну людину від іншої і формуються на основі природжених анатомо-фізіологічних особливостей людини і впливу навколишнього соціального середовища. Своєрідність особистості визначається індивідуальними відмінностями перебігу психічних процесів, зумовлених основними властивостями нервової системи (нейродинамічні відмінності), особливостями темпераменту (психодинамічні відмінності), характеру, проявами загальних і спеціальних здібностей, психофізіологічної та соціальної активності, змістом потреб, мотивів, спрямованості, установок і ставлення людини до себе, інших людей, суспільства. Індивідуально-психологічні особливості мають психологічну природу та індивідуально варіюються. До них належать: темперамент, характер, здібності [3]. Група професій типу «людина-людина» включає велику кількість професій. Багато з них мають подібні завдання, вимоги та включають тривале спілкування, оцінювання своєї діяльності, високу ступінь відповідальності та самовіддачі, що призводить до розвитку синдрому професійного/емоційного виснаження. В науковій літературі присвяченій синдрому вигорання вказується на значне розширення у останній час сфер діяльності людини з ризиком розвитку та небезпеки виникнення синдрому вигорання та супроводження його симптомами депресії та тривоги. До таких професій належать: вчителі, психологи, педагоги, вихователі дитячих будинків, соціальні працівники, поліцейські та ін. Проведені в різних країнах дослідження свідчать про те, що особливою «групою ризику» є медичні працівники [4]. За даними Л. Н. Юр'євої, традиційно фактори, що викликають вигорання, групують у два блоки: особливості професійної діяльності та індивідуальні характеристики самих працівників. До індивідуальних факторів відносять: вік, стать, рівень освіти, сімейний стан, стаж роботи, особистісні особливості (витривалість, локус контролю, стиль опору, самооцінка, нейротизм, екстраверсія). До організаційних факторів – умови праці, робочі перевантаження, тривалість робочого дня, зміст праці, кількість пацієнтів, складність їх проблем, глибина контакту з пацієнтами, участь у прийнятті рішень, зворотній зв'язок [5]. Дослідниця у роботі медичного працівника відокремлює наступні джерела стресу: організаційний,

ситуаційний загальний та специфічний, особистісний. Організаційний фактор включає відсутність достатньої можливості для кар'єрного росту, численні обов'язкові освітні та практичні моменти, слабкі служби підтримки персоналу. До загального ситуаційного відносять брак знань, необхідність взаємодії з критично налаштованими хворими, наявність різноманіття етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки. До специфічного – брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми серед персоналу, проблеми у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родин, висока смертність серед пацієнтів відділення. Особистісними джерелами стресу є невміння середнім медичним персоналом (СМП) долати труднощі, низький соціально-економічний статус, психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами), наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким встановилися тісні зв'язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність достатньої кількості вільного часу [6]. Працюючи з особливою категорією пацієнтів (учасники бойових дій, ветерани АТО/ООС, інваліди війни) СМП стикаються з проблемою їх соціальної та емоційної адаптації. Проте, СМП також постійно знаходиться під впливом психотравмуючих факторів, які підвищують рівень його стресогенності та створюють умови для виникнення професійного/емоційного вигорання.

На сьогодні в Україні досліджень спрямованих на вивчення психоемоційних особливостей у осіб, які працюють в умовах підвищеної професійної стресогенності, а саме з ветеранами АТО/ООС не достатньо. В цілому визнанням актуальності проблеми надання допомоги ветеранам стало створення наприкінці 2018 року Міністерства у справах ветеранів України. Інструктивною та методичною базою надання лікувальної та реабілітаційної допомоги (у тому числі психологічної реабілітації) є Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності», постанова КМУ від 12 липня 2017 р. № 497 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності». Проте без забезпечення психологічного благополуччя та охорони здоров'я СМП виконання даних нормативних актів, як пріоритетного напрямку національної політики захисту ветеранів буде неможливим.

Метою статті є вивчення психоемоційних особливостей середнього медичного персоналу, які працюють в умовах підвищеної стресогенності з ветеранами АТО/ООС.

Завданням дослідження визначити та оцінити важкість прояву тривожної симптоматики і ступінь вираженості депресивної симптоматики у середнього медичного персоналу, які працюють в умовах підвищеної професійної стресогенності (з ветеранами АТО/ООС).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивчаючи сучасну науково-психологічну літературу, визначено, що термін «депресія» розкриває різноманітний прояв та ознаки. За даними Н. Г. Гойди, Н. П. Жданової, О. К. Напрєенко, В. В. Домбровської, він використовується як симптом, синдром або захворювання. Найчастіше цей термін визначає синдром, що включає психологічні, емоційні, соматоневрологічні та інші клінічні прояви захворювання [7]. С. Ю. Головін вказує, що серед проявів депресії виокремлюються: функціональні стани депресії, можливі в здорових людей у рамках нормального психічного функціонування та патологічні депресії – один з основних психіатричних синдромів [8]. Б. В. Михайлов зазначає, що депресивні зміни настрою протягом певного періоду часу можуть бути нормальною реакцією на реальні неприємності й стресогенні ситуації. Одні люди переборюють такі епізоди, інші схильні до розвитку клінічно значущих емоційних порушень [9]. Таким чином, можна зазначити, що депресія у психологічній літературі визначається як психічний афективний стан, що характеризується зниженим настроєм, негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки. Оцінка депресії являється важливою складовою при визначенні психоемоційного стану, зокрема СМП і дає можливість вчасно виявити складні випадки з тривалим перебігом, що підтверджує депресивне стан, та потребує психологічного втручання й медикаментозного лікування. Також треба зазначити про важливу роль тривожності у розвитку емоційного вигорання. Відомо, що тривала дія екзогенних та ендогенних факторів, невміння контролювати себе в стресових ситуаціях призводить до емоційного дискомфорту, що негативно впливає на поведінку СМП та

призводить до підвищеної тривожності особистості, створюючи умови для розвитку професійного (емоційного) вигорання. Тривожність є психічним станом емоційної напруги, настороженості, хвилювання, душевного дискомфорту, підвищеної вразливості при ускладненнях, загостреного почуття провини і недооцінювання себе в ситуаціях очікування, невизначеності або передчуття неясної загрози значущій рівновазі особистості [10]. У працях К. Роджерса тривожність розглядається як деяка емоційна реакція на внутрішньо особистісне протиріччя, на конфлікт між Я реальним та Я ідеальним. Тривожність – це стан, що переживається людиною як скутість, напруженість, причину якого він усвідомити не може. Тривожність при такому підході позбавлена статусу особливого, самостійного психологічного утворення і є по суті, лише функцією конфлікту [11]. На думку А. М. Прихожан, тривожність – це емоційно особистісне утворення, яке має когнітивний, емоційний і операціональний аспекти. Тобто, певний рівень тривожності в нормі властивий всім людям і є необхідним для оптимального пристосування людини до дійсності. Наявність тривожності як стійкого утворення є свідчення порушень в особистісному розвитку, що перешкоджає нормальному розвитку, діяльності, спілкуванню. Тривожність як стійке утворення обумовлена незадоволенням провідних соціогенних потреб, перш за все потреб Я [12].

Тривожність це розгалужене поняття і здійснює психорегулюючий вплив на різні аспекти діяльності і спілкування, визначаючи їхню психодинаміку та успішність перебігу. Тому тривожність не варто розглядати лише як абсолютно несприятливу і травмогенну психічну властивість, яка набуває статусу перманентної негативності та руйнує оптимістичні життєві інтенції. Координуючий та регулюючий вплив тривожності визначається змістовними рисами особистості: когнітивним рівнем, змістом мотивів і критеріїв самооцінки, моральними властивостями, адекватністю індивідуального стилю діяльності тощо. Аналіз феноменології тривожності, вибір засобів її психодіагностики і корекції, визначення шляхів і методів навчання і виховання (корекції) тривожної особистості” доцільно здійснювати з позицій діяльнісноособистісного підходу, що акцентує увагу на цілісному системному вивченні феномена тривоги і тривожності людини, на психорегулюючому впливі тривожності на провідний вид діяльності та побудову особистісних життєвих сценаріїв [13]. Узагальнюючи вищевикладені наукові джерела до актуальних та невирішених раніше частин проблеми емоційного та / або професійного вигорання СМП, які працюють в умовах підвищеної професійної стресогенності (з ветеранами АТО/ООС) можна віднести відсутність досліджень їх психоемоційних особливостей (депресії та тривожності).

Матеріал та методи дослідження. Базами емпіричного дослідження стали: госпіталі ветеранів війни КУ «Обласний госпіталь для ветеранів війни Житомирської обласної ради», КЗ «Кіровоградський обласний госпіталь ветеранів війни», КУ «Обласний медичний центр вертебрології і реабілітації Житомирської обласної ради». Шляхом анонімного опитування охоплено 130 жінок – досліджувана група (ДГ), у віці 21–58 рр. Психопатологічні особливості досліджених оцінювали з використанням шкал депресії і тривоги М. Гамільтона (HDRS і HARS) [14].

Дослідження проводилося з дотриманням принципів добровільності, інформованості та конфіденційності. За віком респонденти склали три групи: I – 1 міс. – 25 р. (ДГ1); II – 26–50 рр. (ДГ2); III – більше 50 р. (ДГ3). Середній вік складає – 39,5 років. За стажем роботи респонденти поділялися на чотири групи: I – до 5 р. (ДГ1С); II – 6–15 рр. (ДГ 2С); III – 16–25 рр. (ДГ3С); IV – більше 25 рр. (ДГ4С). Середній стаж роботи – 18,2 роки.

Методи дослідження: *загальнотеоретичні*: міждисциплінарний аналіз і синтез літератури з проблеми дослідження; порівняння, систематизація, узагальнення, інтерпретація наявних теоретичних підходів та емпіричних результатів. *Психодіагностичні методи*. Ступінь вираженості депресивної симптоматики оцінювали за допомогою шкали Гамільтона HDRS, яка складається з 23 пунктів. Сума балів по першим 17 пунктам шкали Гамільтона, стосовно МКХ–10, відповідає: 7–16 балів – легкому депресивному епізоду; 17–27 балів – помірному депресивному епізоду; більше 27 балів – тяжкому депресивному епізоду. Тяжкість тривожної симптоматики оцінювали за шкалою тривожності Гамільтона HARS, яка містить 14 пунктів для оцінки та діагностує варіанти тяжкості психопатологічного стану: менше 8 балів – субклінічна тривога; 8–20 балів – тривожний стан; 20–56 балів – тривожний розлад. Для обробки статистичних даних застосовувалися табличний процесор MS Excel v.16.0 та IBM SPSS

Statistics 20. Для обробки емпіричних даних використовувалися методи описової статистики, для вимірювання ступені кореляційної залежності – кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона).

Виклад основного матеріалу дослідження з обґрунтуванням отриманих результатів. За отриманими результатами дослідження можна зазначити, що в СМП, які працюють в умовах підвищеної професійної стресогенності з ветеранами АТО/ООС, визначаються зміни психоемоційного фону у вигляді тривожно-депресивних станів і, як наслідок, порушення соматичного здоров'я. Данні стани виявлені в різних групах респондентів за віком і за стажем роботи. Розподіл діагностованих симптомів депресії за допомогою шкали Гамільтона HDRS у різних вікових групах досліджених представлено у табл. 1.

Таблиця 1. Розподіл діагностованих симптомів депресії (HDRS) у вікових групах СМП

Симптоми	Вікові групи						Всього	
	ДГ1		ДГ2		ДГ3			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Депресивний настрій	3	18,8	18	19,8	8	27,6	29	21,3
Почуття провини	6	37,5	28	30,8	12	41,4	46	33,8
Суїцидальні наміри	1	6,2	5	5,5	3	10,3	9	6,6
Складнощі під час засинання	4	25,0	24	26,4	9	31,0	37	27,2
Безсоння	2	12,5	21	23,1	7	24,1	30	22,1
Раннє пробудження	2	12,5	26	28,6	5	20,7	33	25,0
Працездатність та активність	4	25,0	23	25,3	11	37,9	38	27,9
Загальмованість мислення	3	18,8	9	9,9	7	24,1	19	14,0
Ажитація	4	25,0	14	15,4	7	24,1	25	18,4
Психічна тривога	4	25,0	14	15,4	7	24,1	25	18,4
Соматична тривога	6	37,5	30	33,0	15	51,7	51	37,5
Соматичні порушення ШКТ	1	6,2	14	15,4	4	13,8	19	14,0
Загальносоматичні симптоми	–	–	24	26,4	10	34,5	34	25,0
Розлади сексуальної сфери	1	6,2	14	15,4	4	13,8	19	14,0
Іпохондричні розлади	–	–	7	7,7	3	10,3	10	7,4
Втрата ваги	–	–	5	5,5	2	28,6	7	16,7
Ставлення до власного захворювання	3	18,8	23	25,3	9	31,0	35	25,7
Добові коливання стану	1	6,2	11	13,1	6	23,1	18	14,4
Деперсоналізація та дереалізація	3	18,8	12	13,2	7	24,1	22	16,2
Параноїдальні розлади	1	6,2	7	7,7	2	28,6	10	7,4
Обсесивно-компульсивні розлади	–	–	3	3,3	1	3,4	4	2,9

Примітка: достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

З даних табл. 1 видно, що досліджені всі 3 групи відрізняються за проявом депресивного синдрому. У ДГ1 найбільш вираженими симптомами виявилися: почуття провини, а саме відчуття особистої вини, втомленість та слабкість пов'язана з роботою, виражена соматична тривога. У ДГ2 почуття провини, виникли проблеми зі сном (раннє пробудження), соматична тривога у вигляді тахікардії, задишки, гіпергідрозу, у ДГ3 найбільше проявилися ознаки депресивного настрою, який визначається як спонтанно так і невербально, почуття провини з самозвинуваченням, проблеми зі сном (неможливість заснути вночі або раннє пробудження), працездатність та активність (втрата інтересу до роботи), соматична тривога з вегетативними розладами, ставлення до власного здоров'я (критична оцінка та усвідомлення патологічних змін), втрата ваги (знижений чи відсутній апетит) ($p \leq 0,05$). Розподіл діагностованих симптомів депресії за допомогою шкали Гамільтона HDRS за стажем роботи у досліджених представлено у табл. 2.

З представлених у табл. 2 даних видно, що у ДГ1С виявлено почуття провини в вигляді своєї безпорадності, складнощі під час засинання та безсоння, втомленість та слабкість пов'язана з роботою, ажитація (стурбованість), соматична тривога (тахікардія). В ДГ2С

спостерігали пригнічений настрій, виражене відчуття особистої провини, проблеми з засинанням, вегетативні розлади, зниження працездатності, загально соматичні симптоми (важкість у кінцівках, головний біль, зниження енергії), порушення шлунково-кишкового тракту (зниження апетиту). В ДГЗС пріоритетними виявилися такі ознаки, як складнощі під час засинання, безсоння, втомленість і слабкість пов'язана з роботою, вегетативні розлади, головний та м'язовий біль. Подібні симптоми є ознакою і ДГ4С, але з більш вираженим проявом пригніченого настрою, безпорадності та відчуттям особистої провини, а також самозвинуваченням, підвищеною втомленістю, ($p \leq 0,05$).

Таблиця 2. Розподіл діагностованих симптомів депресії (HDRS) за стажем роботи СМП

Симптоми	Групи за стажем								Всього	
	ДГ1С		ДГ2С		ДГ3С		ДГ4С			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Депресивний настрій	4	21,1	13	30,2	3	9,3	8	25,0	28	21,2
Почуття провини	7	36,8	17	39,5	7	16,3	15	46,9	46	33,6
Суїцидальні наміри	3	15,8	1	2,3	2	4,7	3	9,4	9	6,6
Складнощі під час засинання	4	21,1	11	25,6	10	23,3	12	37,5	37	27,0
Безсоння	4	21,1	8	18,6	9	20,9	9	28,1	30	21,9
Раннє пробудження	6	31,6	9	20,9	11	25,6	8	25,0	34	24,8
Працездатність та активність	6	31,6	8	18,6	12	27,9	12	37,5	38	27,7
Загальмованість мислення	4	21,1	5	11,6	3	9,3	7	21,9	19	13,9
Ажитація	6	31,6	8	18,6	4	9,3	7	21,9	25	18,4
Психічна тривога	4	21,1	9	20,9	5	11,6	8	25,0	26	19,0
Соматична тривога	8	42,1	16	37,2	15	34,9	12	37,5	51	37,2
Соматичні порушення ШКТ	2	10,5	6	14,0	7	16,3	4	12,5	19	13,9
Загальносоматичні симптоми	–	–	10	23,3	12	27,9	12	37,5	34	24,8
Розлади сексуальної сфери	3	15,8	5	11,6	8	18,6	3	9,4	19	13,9
Іпохондричні розлади	3	15,8	2	4,7	3	9,3	2	6,2	10	7,3
Втрата ваги	1	1,6	–	–	–	–	–	–	1	1,3
Ставлення до власного захворювання	1	1,6	–	–	–	–	–	–	1	1,3
Добові коливання стану	1	1,6	–	–	–	–	–	–	1	1,3
Деперсоналізація та дереалізація	3	15,8	5	11,6	8	18,6	3	9,4	19	13,9
Параноїдальні розлади	1	1,6	1	2,3	2	4,7	2	6,2	6	1,8
Обсесивно-компульсивні розлади	2	10,5	–	–	–	–	2	6,2	4	2,4

Примітка: достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

Наступним кроком у дослідженні стало проведення діагностики ступеня тяжкості тривожної симптоматики - рівнем сформованості за HARS у СМП, що представлено у табл. 3.

Таблиця 3. Розподіл сформованості симптомів (HARS) у досліджених за віком у СМП

Рівень сформованості	Вікові групи						Всього	
	ДГ1		ДГ2		ДГ3			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>1</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>1. Тривожний настрій</i>								
відсутній	3	18,8	2	2,4	–	–	5	4,0
формується	2	12,5	25	29,8	6	23,1	33	26,2
сформований	11	68,8	57	67,9	20	76,9	88	69,8
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
<i>2. Напруження</i>								
відсутній	2	12,5	5	6,0	2	7,7	9	7,1
формується	2	12,5	30	35,7	6	23,1	38	30,2
сформований	12	75,0	49	58,3	18	69,2	79	62,7
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
<i>3. Страх</i>								
відсутній	0	0,0	3	3,5	–	–	3	2,3
формується	15	93,8	77	91,7	24	92,3	116	92,1
сформований	1	6,2	4	4,8	2	7,7	7	5,6
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
<i>4. Інсомнія</i>								
відсутній	13	81,2	69	82,1	17	65,4	99	78,6
формується	3	18,8	10	11,9	8	30,8	21	16,7
сформований	0	0,0	5	6,0	1	3,8	6	4,7
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
<i>5. Інтелектуальні порушення</i>								
відсутній	13	81,2	69	82,1	17	65,4	99	78,6
формується	3	18,8	10	11,9	8	30,8	21	16,7
сформований	0	0,0	5	6,0	1	3,8	6	4,7
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
<i>6. Депресивний настрій</i>								
відсутній	12	75,0	62	73,8	20	76,9	94	74,6
формується	3	18,8	17	20,2	4	15,4	24	19,0
сформований	1	6,2	5	6,0	2	7,7	8	6,4
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
<i>7. Соматичні м'язові симптоми</i>								
відсутній	15	93,8	70	83,3	20	76,9	105	83,3
формується	1	6,2	14	16,7	6	23,1	21	16,7
сформований	–	–	–	–	–	0,0	0	0,0
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
<i>8. Соматичні сенсорні симптоми</i>								
відсутній	15	93,8	70	83,3	20	76,9	105	83,3
формується	1	6,2	14	16,7	6	23,1	21	16,7
сформований	–	–	–	–	–	–	–	–
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
<i>9. Серцево-судинні симптоми</i>								
відсутній	11	68,8	72	85,7	14	53,8	97	77,0
формується	4	25,0	8	9,5	10	38,5	22	17,5
сформований	1	6,2	4	4,8	2	7,7	7	5,6
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100

Продовження таблиці 3

10. Респіраторні симптоми								
відсутній	13	81,2	68	81,0	19	73,1	100	79,4
формується	3	18,8	16	19,0	5	19,2	24	19,0
сформований	0	0,0	0	0,0	2	7,7	2	1,6
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
11. Гастроінтестинальні симптоми								
відсутній	12	75,0	67	79,8	19	73,1	98	77,8
формується	3	18,8	13	15,5	5	19,2	21	16,7
сформований	1	6,2	4	4,8	2	7,7	7	5,6
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
12. Сечостатеві симптоми								
відсутній	15	93,8	70	83,3	18	69,2	103	81,7
формується	1	6,2	11	13,1	6	23,1	18	14,3
сформований	0	0,0	3	3,6	2	7,7	5	4,0
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
13. Вегетативні симптоми								
відсутній	13	81,2	67	79,8	13	50,0	93	73,8
формується	2	12,5	13	15,5	11	42,3	26	20,6
сформований	1	6,3	4	4,7	2	7,7	7	5,6
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100
14. Поведінка при огляді								
відсутній	16	100,0	65	77,4	17	65,4	98	77,8
формується	0	0,0	16	19,0	7	26,9	23	18,3
сформований	0	0,0	3	3,6	2	7,7	5	4,0
Всього	16	100	84	100	26	100	126	100

Примітка: достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

З даних табл. 3 видно, що в групах досліджених розподілених за віком домінували симптоми: тривожний настрій, напруження, страх, інсомія, серцево-судинні симптоми, депресивний настрій. У свою чергу в групах, які розподілені за стажем роботи (табл. 4) відповідно тривожний настрій, напруження, страх, інсомія, серцево-судинні симптоми, депресивний настрій, соматичні сенсорні, респіраторні, гастроінтестинальні порушення. В ДГЗ найвищі показники таких симптомів, як тривожний настрій виявлено у 76,9%, інсомнія 30,8%, інтелектуальні порушення 30,8 %, серцево-судинні симптоми 38,5 %, вегетативні симптоми 42,3%, а в ДГ1 значні прояви напруження 75%, рівень формування страху 93,8%, а депресивний настрій, соматичні сенсорні, респіраторні симптоми на стадії формування ($p \leq 0,05$).

Розподіл сформованості симптомів (HARS) у досліджених за стажем роботи у СМП представлено у табл. 4.

З даних табл. 4 видно, що в групах досліджених розподілених за стажем роботи виявлено наступний розподіл симптомів: тривожний настрій 82,8 %, напруга 75,9 %, страх 93,1 %, формуючі серцево-судинні симптоми 37,9 %, вегетативні симптоми 37,9 % найвищі показники зафіксовані в ДГ4С; в ДГ1С відповідно тривожний настрій 72,2 %, напруга 61,1 %, формуючий страх 94,4 %, інсомнія 16,7 %, депресивний настрій 22,2 %, соматичні сенсорні 38,9 %, серцево-судинні симптоми 22,2 % та відсутністю проявів інших симптомів, в ДГ2С та ДГ3С також переважали тривожний настрій, напруження, а страх, інсомнія, інтелектуальні порушення, депресивний настрій на стадії формування з переважанням в ДГ2С ($p \leq 0,05$). Отже, сформовані такі симптоми, як тривожний настрій та напруження в чотирьох діагностичних групах, як за віком так і за стажем роботи.

Таблиця 4. Розподіл сформованості симптомів (HARS) у досліджених за стажем роботи у СМП

Рівень сформованості	Групи за стажем								Всього	
	ДГ1С		ДГ2С		ДГ3С		ДГ4С			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>1</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Тривожний настрій										
відсутній	3	16,7	1	2,4	1	2,6	–	–	5	4,0
формується	2	11,1	13	31,7	13	34,2	5	17,2	33	26,2
сформований	13	72,2	27	65,9	24	63,2	24	82,8	88	69,8
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
2. Напруження										
відсутній	2	11,1	1	2,4	3	7,9	3	10,3	9	7,1
формується	5	27,8	19	46,3	10	26,3	4	13,8	38	30,2
сформований	11	61,1	21	51,2	25	65,8	22	75,9	79	62,7
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
3. Страх										
відсутній	1	5,6	2	4,9	2	5,3	2	6,9	7	5,6
формується	17	94,4	38	92,7	34	89,5	27	93,1	116	92,1
сформований	–	–	1	2,4	2	5,2	–	–	3	2,3
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
4. Інсомнія										
відсутній	15	83,3	31	75,6	32	84,2	21	72,4	99	78,6
формується	3	16,7	9	22,0	2	5,3	7	24,1	21	16,7
сформований	–	–	1	2,4	4	10,5	1	3,5	6	4,7
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
5. Інтелектуальні порушення										
відсутній	15	83,3	31	75,6	32	84,2	21	72,4	99	78,6
формується	3	16,7	9	22,0	2	5,3	7	24,1	21	16,7
сформований	–	–	1	2,4	4	10,5	1	3,5	6	4,7
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
6. Депресивний настрій										
відсутній	13	72,2	27	65,9	30	78,9	24	82,8	94	74,6
формується	4	22,2	13	31,7	5	13,2	2	6,9	24	19,0
сформований	1	5,6	1	2,4	3	7,9	3	10,3	8	6,4
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
7. Соматичні м'язові симптоми										
відсутній	16	88,9	34	82,9	32	84,2	23	79,3	105	83,3
формується	2	11,1	6	14,6	2	5,3	5	17,2	15	11,9
сформований	–	–	1	2,5	4	10,5	1	3,5	6	4,8
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
8. Соматичні сенсорні симптоми										
відсутній	11	61,1	33	80,5	29	76,3	20	69,0	93	73,8
формується	7	38,9	8	19,5	5	13,2	8	27,6	28	22,2
сформований	–	–	–	–	4	10,5	1	3,4	5	4,0
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100

Продовження таблиці 4.

9. Серцево-судинні симптоми										
відсутній	13	72,2	37	90,2	31	81,6	16	55,2	97	77,0
формується	4	22,2	4	9,8	3	7,9	11	37,9	22	17,5
сформований	1	5,6	–	–	4	10,5	2	6,9	7	5,5
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
10. Респіраторні симптоми										
відсутній	13	72,2	34	82,9	31	81,6	22	75,9	100	79,4
формується	5	27,8	7	17,1	7	18,4	5	17,2	24	19,0
сформований	–	–	–	–	–	–	2	6,9	2	1,6
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
11. Гастроінтестинальні симптоми										
відсутній	14	77,8	33	80,5	30	78,9	21	72,4	98	77,8
формується	3	16,7	8	19,5	5	13,2	5	17,2	21	16,7
сформований	1	5,5	–	–	4	7,9	2	10,4	7	5,5
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
12. Сечостатеві симптоми										
відсутній	15	83,3	38	92,7	30	78,9	20	69,0	103	81,7
формується	3	16,7	1	2,4	7	18,4	7	24,1	18	14,3
сформований	–	–	2	4,9	1	2,7	2	6,9	5	4,0
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
13. Вегетативні симптоми										
відсутній	15	83,3	36	87,8	26	68,4	16	55,2	93	73,8
формується	2	11,1	5	12,2	8	21,1	11	37,9	26	20,6
сформований	1	5,6	–	–	4	10,5	2	6,9	7	5,6
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100
14. Поведінка при огляді										
відсутній	16	88,9	34	82,9	29	76,3	19	65,5	98	77,8
формується	2	11,1	6	14,6	2	5,3	5	17,2	15	11,9
сформований	–	–	1	2,5	7	18,4	5	17,3	13	10,3
Всього	18	100	41	100	38	100	29	100	126	100

Примітка: достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

Таким чином, оцінюючи дані обстеження, ми бачимо, що вік середніх медичних працівників, які працюють в умовах підвищеної стресогенності (з ветеранами АТО/ООС) та стаж роботи в лікувально-профілактичних закладах мають значення при формуванні професійного/емоційного вигорання у СМП. Так СМП у віці до 25 років, працюючи з ветеранами АТО/ООС, не проявили схильності до соматичних порушень зі сторони ШКТ, загально-соматичних проявів, розладів сексуальної сфери, іпохондричних розладів та зміну ваги тіла, а емоційна сфера виявилась більш вразливою, в групі у віці до 50 років занепокоєння з приводу появи симптомів захворювання, загально-соматичних проявів стають пріоритетними. Якщо оцінювати СЕВ респондентів за стажем роботи то ми бачимо, що психо-емоційні зміни характерні СМП зі стажем понад 10 років.

Висновки. Отже, узагальнюючи можна зазначити, що психоемоційний стан СМП, які працюють в особливих умовах, а саме в умовах підвищеної професійної стресогенності (з ветеранами АТО/ООС) змінюється в залежності від віку та стажу роботи і впливає на рівень професійного (емоційного) вигорання. Виявлено, що у СМП ДГ1 і ДГ3 найбільшим є почуття провини з самозвинуваченням та соматична тривога ($p \leq 0,05$), а в ДГ1С та ДГ4С більш вираженим проявом є пригнічений настрій, безпорадність та відчуттям особистої провини ($p \leq 0,05$). Рівень тривоги та напруги виявився вищий у ДГ1 та ДГ3, ДГ1С та ДГ4 С ($p \leq 0,05$), За

критерієм хі-квадрат встановлено не значущі відмінності для ознак депресії за шкалою Гамільтона в ДГ1, ДГ2, ДГ3 та ДГ1С, ДГ2С, ДГ3С, ДГ4С ($p \leq 0,05$) та значущі відмінності між розподілами на ознаки тривожність, напруга, депресивний стан та серцево-судинні симптоми за шкалою тривожності Гамільтона ($p \leq 0,05$).

Перспективи подальшого дослідження у даному напрямі є наукове обґрунтування системи психокорекції професійного вигорання у середнього медичного персоналу, а також розробка заходів психопрофілактики професійного вигорання та підвищення стресостійкості, оцінка ефективності (комплексний аналіз дієвості) запропонованої системи та заходів.

REFERENCES

1. Zeer E. F. (2005). *Psykhohohyia professyi*. Moscow. Akademicheskyy Proekt, Fond «Myr».
2. Kokun O. M. (2012). *Psykhohohiia profesiinoho stanovlennia suchasnoho fakhivtsia*. Kiev. DP «Inform.-analit. Ahentstvo».
3. Palm H. A. (2012). *Zahalna psykhohohiia*. Navchalnyi posibnyk. Dnipropetrovsk. 20-23.
4. Balakhonov A. V., Belov V. H., Piatybrat A. O. Piatybrat E. D. (2009). Эмотыональное выгорание у медытсынскыkh работnykov как предпосылка астенызатсуу у psykhosomatycheskoй patolohy. *Vestnyk Sankt-Peterburhskoho unyversyteta*. 57–71.
5. Iureva L. N. (2004). *Professyonalnoe vyhoranye u medытсынскыkh работnykov*. Sfera.
6. Hoida N. H., Dombrovska V. V., Napreienko O. K., Zhdanova N P. (2002). Psykhiatrychna dopomoha v Ukraini u 2001 rotsi ta perspektyvy yii rozvytku. *Ukr. visn. psykhonevrolohii*. 9–12.
7. Holovyn S. Yu. (2008). *Slovar praktycheskoho psykhohoha*. 654.
8. Mykhailov B. V. (2003). Problema depresyi v obshchesomatycheskoй praktyke. *Psykhyyatryia. Mezhdunarodnyi medытсынскыi zhurnal*. 22-27.
9. *Psykhohohiia osobystosti*. Slovnyk dovidnyk za redaktsiieiu Hornostaia P. P., Tytarenko T. M. (2001). Kyiv. 320.
10. Rodzhers K. (1994). *Vzghliad na psykhotherapyiu. Stanovlenye cheloveka*. Prohress-Unyvers. 401.
11. Prykhozhan A. M. (2007). *Psykhohohyia trevozhnasty*. Pyter.
12. Mudrak I. A. (2014). *Psykhohohichni osoblyvosti tryvozhnasty deprirovanykh pidlitkiv-kolonistiv*. Lutsk.
13. Podkorytov V. S., Chaika Yu. Yu. (2003). *Depressyy (Sovremennaia terapiya)*. Kharkov.