

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
Д. психол. Н., _____

(підпис)

«_____» _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістр

Зі спеціальності _____ **053 Психологія** _____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ **«Практична психологія»** _____
(назва освітньої програми)

На тему: **«ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ**
СТАНІВ ЛІКАРІВ ПЕРШОЇ ЛАНКИ В ПЕРІОД ВОЄННОГО
ЧАСУ»

Виконавець:

здобувач 2 курсу бзф12м групи
факультету ЦЗФН
_____ Матящук Наталія Михайлівна
/підпис/

Науковий керівник

Старший викладач кафедри МППП
кандидат медичних наук
_____ **Возний Денис Віталійович**
/підпис/

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ.....	7
1.1. Поняття емоцій та емоційної сфери особистості. Огляд теорій емоцій: порівняльний аналіз та вплив на науковий розвиток.....	7
1.2. Історичний розвиток теорії емоцій: ключові етапи в розумінні емоцій як психологічного феномену.	20
1.3. Підходи до класифікації емоцій, що набули найбільшої популярності в сучасних психологічних дослідженнях.	30
Висновки до першого розділу.....	36
РОЗДІЛ II. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛІКАРІВ ПЕРШОЇ ЛАНКИ В ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ.....	36
2.1. Системний огляд наукових досліджень психоемоційних станів лікарів першої ланки.....	43
2.2. Аналіз сучасних досліджень, що розкривають особливості психоемоційних станів лікарів першої ланки в екстремальних умовах	48
2.3. Обґрунтування вибору методик дослідження психоемоційних станів лікарів першої ланки.....	53
Висновки до другого розділу.....	56
РОЗДІЛ III ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛІКАРІВ ПЕРШОЇ ЛАНКИ В ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ	59
3.1. Первинний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу.....	59
3.2. Кореляційний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу.....	68
3.3. Корекційна програма спрямована на підтримку психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки в умовах воєнного часу.....	74
Висновки до третього розділу	80
ВИСНОВКИ.....	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	93
ДОДТКИ.....	99

ВСТУП

Актуальність теми. Емоційна сфера особистості – це великий пласт явищ, що традиційно розглядається психологічною наукою і практикою як актуальна проблема. Ідея професійного спрямування дослідження емоційної сфери зародилися в області професіограм, і досі тривають різні напрямки збагатити уявлення про це явище. Однак, виділяючи загальне, можна сказати, що особистість розуміється як результат соціалізації та реалізації тих суспільних відносин, до складу яких вона входить та розвивається в суспільстві.

Дослідження емоційних проявів особистості є важливим, оскільки емоції та почуття відображають ставлення людини до себе, до навколишнього світу і людей. Психоемоційний стан лікарів першої ланки є критично важливим аспектом їхньої професійної діяльності, особливо в умовах екстремальних ситуацій, таких як пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення в Україну у 2022 році (Данилова В. В., Колісник А. М., Стародуб А. С., Іванова Т. М. Кравченко О. С., Лазуренко О. О., Петренко І. В. Христюк О.). Лікарі першої ланки, які задовольняють первинні потреби пацієнтів, щодня стикаються з високим рівнем стресу, емоційного виснаження та вигоранням. Ці фактори не лише впливають на їхнє психічне здоров'я, але й на ефективність та якість надання медичної допомоги.

Психоемоційний стан лікарів першої ланки в період воєнного часу є надзвичайно важливою темою для дослідження з кількох причин:

- лікарі першої ланки під час воєнних дій стикаються з надзвичайно високим рівнем стресу через постійні загрози життю, необхідність працювати в умовах дефіциту ресурсів та постійного ризику для власного здоров'я;
- в умовах воєнного часу лікарі потребують додаткової психологічної підтримки для збереження своєї психоемоційної стабільності та здатності ефективно виконувати свої професійні обов'язки;
- психоемоційний стан лікарів безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги. Високий рівень стресу та емоційного виснаження може

призвести до помилок, зниження ефективності лікування та погіршення взаємодії з пацієнтами;

- дослідження психоемоційних станів лікарів у воєнний час дозволяє виявити ефективні адаптаційні механізми та стратегії саморегуляції, які можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки та тренінгів з управління стресом;

- лікарі першої ланки є ключовими фігурами у системі охорони здоров'я під час воєнних дій. Забезпечення їхнього психоемоційного благополуччя є важливим не лише для них самих, але й для суспільства в цілому, оскільки вони забезпечують надання медичної допомоги в найскладніших умовах;

- вивчення психоемоційних станів лікарів у воєнний час є важливим для розвитку науки про стрес, кризову та екстремальну психологію. Це дозволяє розширити знання про вплив екстремальних умов на психіку людини та розробити нові підходи до психологічної підтримки

Мета роботи: дослідити особливості психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу.

Відповідно до мети нашого дослідження виділені наступні **завдання:**

1. розглянути теоретико-методологічні підходи до дослідження емоцій та емоційної сфери особистості;
2. провести системний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки в психологічних дослідженнях;
3. обґрунтувати вибір методик дослідження психоемоційних станів лікарів першої ланки;
4. провести первинний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки;
5. виявити кореляційні зв'язки між психоемоційними станами та вигоранням лікарів першої ланки в період воєнного часу;
6. розробити корекційну програму спрямовану на підтримку психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки в умовах воєнного часу.

Об'єкт дослідження: психоемоційні стани особистості.

Предмет дослідження: особливості психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу.

Основні методи дослідження. Для досягнення мети дослідження будуть використані різноманітні методи, які дозволять систематизувати та проаналізувати джерела інформації і результати емпіричного дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз науково-психологічної літератури з означеної проблеми); емпіричні методи (Самооцінка емоційних станів (Personal Feelings Scales, PFS), Методика оцінки психічної активації та емоційного тону, Шкала проявів тривоги Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS) та Методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. Бойко). Обробка та інтерпретація емпіричних даних проводилась методом кількісного (первинний, кореляційний) аналізу даних за програмою статистичної обробки даних SPSS, версія 21.0 та EXEL.

Методологічна основа роботи полягає у поєднанні вищевказаних методів. Такий підхід дозволить збагатити дослідження різноманітними даними та дозволяє отримати більш повне уявлення про вивчену проблему.

Вибірку дослідження магістерської роботи становили респонденти дорослого та середнього віку, лікарі першої ланки: сімейні лікарі, терапевти та педіатри (усього 51 особа; 8 чоловіків та 43 жінки віком від 28 до 67 років).

Наукова новизна роботи полягає у дослідженні особливостей емоційної сфери лікарів першої ланки в період воєнного часу.

Практична значущість. Результати дослідження можуть бути корисні для розробки програм та стратегій психологічного супроводу для подолання тривожності та інших негативних емоційних наслідків у лікарів першої ланки в період воєнного часу.

Апробація результатів:

Асєєва Ю.О., Матяшук Н. М. Психоемоційні стани лікарів першої ланки в період воєнного часу. *Габітус*. 2024. Вип 66

Структура роботи складається з: вступу, який відображає актуальність дослідження, предмет та об'єкт дослідження, мету та задачі, а також описує

методи та методики дослідження; трьох розділів та висновків до них; загального висновку, списку використаних джерел та додатків. Така структура роботи: підкреслює важливість теми дослідження, визначає його актуальність і практичну значущість, а також обґрунтовує методологічний підхід та наукову новизну дослідження; розкриває всі теоретичні надбання з теми дослідження; дозволяє провести та проаналізувати емпіричне дослідження та описати результати. В роботі наведено: 5 таблиць, 14 рисунків, 70 використаних джерел. Загальний обсяг роботи 119 сторінки, основна частина роботи – 90 сторінки.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Поняття емоцій та емоційної сфери особистості. Огляд теорій емоцій: порівняльний аналіз та вплив на науковий розвиток.

У процесі сприйняття, запам'ятовування, уявлення і мислення людина не тільки вчиться аналізувати дійсність, але також реагує на ті чи інші речі в житті, відчуває позитивне чи негативне ставлення до всього, що її оточує. Такі почуття, як щастя, смуток і гнів, є проявами. Емоції проявляються у внутрішньому ставленні особистості і є психічним процесом, що змінюються з часом. Лінгвістичне походження терміну «емоція» означає душевне хвилювання, душевну характеристику. Отже, емоції представляють собою особливий клас суб'єктивних психічних процесів і станів, пов'язаних з інстинктами, потребами й мотивами, що відображають у формі безпосереднього тимчасового переживання, відображаючи значущість для індивіда певних подій або ситуацій. Вони можуть бути як позитивними (радість, задоволення), так і негативними (страх, гнів). Емоції виникають у відповідь на зовнішні або внутрішні стимули і можуть тривати від кількох секунд до кількох хвилин, відіграючи важливу роль у регуляції поведінки та прийнятті рішень [15, 29].

Існують різні форми переживання емоцій – емоція, афект, настрій, сильне хвилювання, стрес, пристрасть. Хоча феномени «настрій», «емоція» і «почуття» часто використовують як синоніми.

Так, афект – це інтенсивна, короткочасна емоційна реакція, яка виникає у відповідь на раптові та значущі події. Афекти характеризуються високою інтенсивністю і часто супроводжуються фізіологічними змінами, такими як прискорене серцебиття, потовиділення та зміни в диханні. Афекти можуть призводити до втрати контролю над поведінкою.

Настрій, на відміну від афекту, тривалий емоційний стан, який може тривати від кількох годин до кількох днів. Настрої менш інтенсивні, ніж афекти, але вони мають більш стійкий характер і можуть впливати на загальне самопочуття та поведінку людини. Настрої можуть бути позитивними (оптимізм, радість) або негативними (смуток, депресія).

Сильне хвилювання – це стан, який виникає у відповідь на значущі події або ситуації, що викликають інтенсивні емоційні переживання. Це може бути як позитивне хвилювання (наприклад, перед важливою подією), так і негативне (наприклад, перед іспитом). Стрес – це процес сильного емоційного напруження. Емоційний стрес виникає в ситуаціях, коли людина засмучена, соромна або в небезпеці. Пристрасті – це стійкі глибокі і сильні почуття, які визначати спрямованість дій людини. Наприклад, захоплення живописом, музикою, творами, боротьбою. Стрес – це стан фізіологічної та психологічної напруги, який виникає у відповідь на зовнішні або внутрішні стресори. Стрес може бути короточасним (гострий стрес) або тривалим (хронічний стрес). Ганс Сельє, який ввів поняття стресу, розрізняв позитивний стрес (еустрес) і негативний стрес (дистрес). Стрес може впливати на фізичне та психічне здоров'я людини. Пристрасть – це інтенсивне, стійке емоційне переживання, яке пов'язане з сильною прихильністю до певного об'єкта, діяльності або людини. Пристрасть може бути як позитивною (любов, захоплення), так і негативною (ненависть, ревності). Пристрасть характеризується високою інтенсивністю та тривалістю [15].

Почуття складають емоційну сферу людини. Почуття людини з'являються як ознака того, як іде процес задоволення її потреб. Як і всі психічні процеси, емоційні стани і почуття є результатом діяльності мозку. Почуття та емоції є взаємопов'язаними, але відрізняються за кількома ключовими аспектами. Розглянемо основні, на наш погляд, відмінності між почуттями та емоціями.

- Природа та механізм виникнення. Емоції первинні, швидкі реакції на зовнішні або внутрішні стимули. Вони виникають миттєво і часто супроводжуються фізіологічними змінами, є більш автоматичними і менш

усвідомленими. Почуття є більш складними та тривалими емоційними станами, які виникають на основі емоцій. Почуття включають усвідомлення та рефлексію, тобто вони пов'язані з нашими думками, переживаннями та оцінками ситуацій. Почуття можуть змінюватися з часом у відповідь на нову інформацію або обставини;

- Тривалість. Емоції короткочасні та тривають від кількох секунд до кількох хвилин. Вони швидко змінюються залежно від ситуації. Почуття тривалі, можуть тривати від кількох годин до кількох днів або навіть років. Вони є більш стійкими і менш схильними до швидких змін;

- Усвідомлення та рефлексія. Емоції часто неусвідомлені і автоматичні, це означає, що ми можемо відчувати емоцію, не розуміючи її причини. На відміну від емоцій почуття є більш усвідомленими та включають розуміння причин виникнення емоцій та їх впливу на наші думки та поведінку;

- Способи вираження. Емоції виражаються через міміку, жести, тон голосу та фізіологічні реакції. Наприклад, посмішка при радості або сльози при смутку. Почуття частіше виражаються словами та поведінкою. Наприклад, висловлювання «я тебе люблю» або «я відчуваю смуток»;

- Зв'язок з потребами та мотивами. Емоції тісно пов'язані з базовими потребами та інстинктами та спрямовані на збереження життєвих функцій і задоволення потреб. Почуття відображають більш складні соціальні та особистісні потреби. Вони формуються на основі життєвого досвіду та соціальних взаємодій [49].

Графічно представимо вищевказані відмінності на Рис. 1.1.1. Розуміння відмінностей між почуттями та емоціями.



Розуміння відмінностей між почуттями та емоціями.

Рис. 1.1.1. Розуміння відмінностей між почуттями та емоціями.

Виникнення емоцій починається зі змін у зовнішньому світі. Ці зміни призводять до пожвавлення або занепаду життя і діяльності людини, до появи чи зникнення потреб, до зміни процесів, що відбуваються в організмі людини. Фізіологічні процеси, пов'язані з проходженням емоцій, також відносяться до складних безумовних і умовних рефлексів.

Емоції поділяють на стенічні та астенічні. Стенічні почуття стимулюють людину, а астенічні почуття послаблюють його активність. Почуття, яке швидко і бурхливо охоплює людину, називається емоційним афектом. У цей час особа не може працювати розумом, не може контролювати себе, контролювати різко знижується, його воля не підкоряється собі. У тварин теж є почуття. Але людські почуття принципово відрізняються від почуттів тварин з точки зору їх значення та природи. Наприклад, огида, гордість, заздрість, радість, нудьга, повага та почуття обов'язку властиві тільки людям [29].

Інтелектуальні психічні емоції включають цікавість, здивування, сумнів, здивування, впевненість. Все це має позитивний характер і спонукає людину пізнавати, вчитися та працювати з пристрасстю. До духовних почуттів належать такі почуття, як дружба, любов до Батьківщини, гуманізм, співчуття, вірність, сором і любов до роботи. Визначається наша моральна зрілість і вихованість цими почуттями. До естетичних почуттів належать наше задоволення, радість, насолода прекрасним, красивим, приємним речі. Джерелом цих почуттів може бути прекрасна природа, мистецтво, література, прекрасне життя. Інтелектуальні, духовні, естетичні почуття ми відчуваємо в процесі діяльності та поведінки. Ми називаємо їх високими емоціями, тому що вони представляють багатство всіх емоційних стосунків з реальністю і представимо їх в моделі «Впливу емоцій на розвиток особистості» (Рис. 1.1.2.)



Рис. 1.1.2. Модель впливу емоцій на розвиток особистості.

Воля є важливою властивістю, властивою тільки людині, і вона проявляється в різноманітних діяльність людини. Воля є важливою стороною діяльності людини. Людина не тільки навчається і пізнає навколишній світ за допомогою органів чуття і сприйняття, а й змінює його відповідно до своїх потреб і вимог. За допомогою свого інтелекту, він визначає, коли, де і скільки зусиль необхідно докласти для досягнення необхідний результат, як організувати трудову діяльність. У багатьох випадках лише в результаті комплексу дії, досягається відповідне досягнення. Під час такої дії йому доводиться подолати об'єктивні та суб'єктивні труднощі. Особистості потрібна воля, щоб генерувати енергію і підтримувати її стільки, скільки вона потрібна. Воля це така сфера людської свідомості, за допомогою якої людина активно займається своєю працею і координує його. Завдяки волі людина може самостійно виконувати відповідні дії ініціативи, заснованої на усвідомленій необхідності, в заздалегідь наміченому напрямку і з наперед визначеною зусилля. Крім того, людина може правильно організувати свою розумову діяльність і спрямувати її. Людина може намагатися не виявляти свій емоційний стан, не видавати його зовні, іноді він може виражати абсолютно протилежні ситуації зовні. Отже, воля, з одного боку, спрямовує поведінку людини або перешкоджає їй у певних діях, а з іншого боку, вона організовує розумову діяльність людини, виходячи з наявних завдань і вимог [59].

Вольові дії людини не складаються лише з виконання цілей і різноманітних завдань. Можливо, у добровільних дій є свої особливості. Це означає, що людина підпорядковується інші мотиви поведінки, які для нього не настільки важливі для тих цілей, які стоять перед ним і мають для нього велике значення. Воля вимагає від людини свідомого контролю над своїми діями, реалізації ряду прагнень і бажання. Вольова дія — така, при якій людина здійснює самовладання, самоконтроль, контроль над своїми емоціями та пригнічує їх, коли це необхідно. Волевиявлення особи діяльність, пов'язана з участю розуму в діях. Вольова діяльність вимагає ряду дій, які широко розуміються людиною і вимагають вольових зусиль з точки зору характеру

здійснення психічних процесів. Вольова діяльність часто пов'язана з прийняттям рішень, що визначають життя людини шлях і показати його соціальний імідж. У цьому проявляється почуття обов'язку, чітке розуміння свого обов'язку до країни і народу.

Емоційна сфера особистості охоплює всі емоційні процеси, стани та властивості, які характеризують емоційне життя людини. Вона включає в себе:

- Емоційні стани – тимчасові переживання, які можуть бути викликані конкретними подіями або ситуаціями (наприклад, радість, гнів, страх).
- Емоційні властивості – стійкі характеристики особистості, які визначають її емоційну реактивність і стабільність (наприклад, емоційна стійкість, тривожність).
- Емоційні процеси – динамічні зміни емоційних станів у відповідь на зовнішні та внутрішні стимули (наприклад, розвиток емоційної реакції на стрес).

Емоційна сфера особистості є важливою для: соціальної взаємодії (емоції впливають на те, як ми спілкуємося з іншими людьми, як будуюмо стосунки та як реагуємо на соціальні ситуації); психічного здоров'я (здатність розпізнавати, виражати та регулювати свої емоції є ключовою для підтримки психічного здоров'я та благополуччя); прийняття рішень (емоції можуть впливати на процес прийняття рішень, допомагаючи нам оцінювати ризики та можливості) [66].

Далі нами буде проаналізовано літературні джерела задля детального огляду теорії емоцій. На наш погляд такий огляд варто зробити з кількох причин. По-перше, глибше розуміння основних концепцій, механізмів та принципів, на яких базується кожна теорія. Це допомагає побачити, як різні теорії пояснюють емоції з різних точок зору. По-друге, можливість порівняння та критичний аналіз дозволяють виявити сильні та слабкі сторони кожної з них. Це сприяє критичному мисленню та допомагає вибрати найбільш підходящу теорію для конкретних досліджень або практичних застосувань. В-третьє, інтеграція знань з різних галузей психології, таких як когнітивна

психологія, нейронаука, соціальна психологія та інші. Це сприяє більш комплексному підходу до вивчення емоцій. В-четвертих, практичне застосування у психологічному консультуванні, психотерапії, освіті та інших сферах. Знання різних теорій допомагає вибрати найбільш ефективні методи роботи з емоціями. По-п'яте, сприяє розвитку науки, оскільки дозволяє виявити прогалини в знаннях та визначити напрямки для майбутніх досліджень.

Теорія Джеймса-Ланге стверджує, що емоції виникають як результат фізіологічних реакцій на події. Іншими словами, ми відчуваємо емоції тому, що наше тіло спочатку реагує на стимул, а потім ми усвідомлюємо ці фізіологічні зміни як емоції. Наприклад, ми відчуваємо страх, тому що наше серце починає битися швидше і ми тремтимо, а не навпаки [52, 53, 58].

Ця теорія була незалежно розроблена двома вченими – Вільямом Джеймсом і Карлом Ланге в кінці XIX століття. Вільям Джеймс опублікував свою роботу «Що таке емоція?» у 1884 році, де він запропонував, що емоції є результатом фізіологічних змін в організмі. Карл Ланге, данський фізіолог, розробив аналогічну ідею «Механізм емоцій» у 1885 році, зосереджуючись на ролі судинних змін у формуванні емоцій.

Основні положення теорії полягають в тому, що фізіологічні зміни передують емоціям. Згідно з теорією Джеймса-Ланге, фізіологічні реакції на стимул (наприклад, прискорене серцебиття, потовиділення) виникають першими, а емоції є результатом усвідомлення цих змін. Також емоції є результатом фізіологічних змін: емоційний досвід виникає тоді, коли мозок інтерпретує фізіологічні зміни як певну емоцію. Наприклад, ми відчуваємо смуток, тому що плачемо, або відчуваємо гнів, тому що наші м'язи напружені. Наприклад, Ви йдете по темній вулиці і чуєте дивний звук. Ваше серце починає битися швидше, ви починаєте тремтіти. Згідно з теорією Джеймса-Ланге, ви відчуваєте страх, тому що усвідомлюєте ці фізіологічні зміни. Чи, навпаки, Ви отримуєте приємну новину і починаєте посміхатися. Ваше тіло реагує позитивно, і ви відчуваєте радість як результат цих фізіологічних змін.

Незважаючи на критику, теорія Джеймса-Ланге мала значний вплив на розвиток психології емоцій. Вона надихнула численні дослідження, спрямовані на вивчення зв'язку між фізіологічними реакціями та емоціями. Сучасні дослідження продовжують вивчати ці взаємозв'язки, використовуючи новітні методи нейровізуалізації та психофізіології [52,53, 58].

Уолтер Кеннон і Філіп Бард запропонували альтернативну теорію, відому як теорія Кеннона-Барда, яка стверджує, що емоції і фізіологічні реакції виникають одночасно, а не послідовно. Вони вказували на те, що фізіологічні реакції можуть бути занадто повільними, щоб пояснити швидкість емоційних переживань, і що однакові фізіологічні реакції можуть супроводжувати різні емоції. Це означає, що коли ми стикаємося з емоційним стимулом, наш мозок одночасно генерує емоційний досвід і фізіологічні зміни. Наприклад, коли ми бачимо змію, ми одночасно відчуваємо страх і наше серце починає битися швидше [38, 41].

Теорія була розроблена в 1920-х роках Уолтером Кенноном і його аспірантом Філіпом Бардом як відповідь на теорію Джеймса-Ланге. Кеннон В. Б. у 1927 в роботі «Теорія емоцій Джеймса-Ланге: Критичний аналіз і альтернативна теорія» та Бард П. у 1934 році в дослідженні «Емоція: і нейро-гуморальна основа емоційних реакцій» описали, що теорія Джеймса-Ланге не враховує швидкість емоційних реакцій і той факт, що різні емоції можуть супроводжуватися схожими фізіологічними змінами. Кеннон і Бард вважали, що таламус відіграє ключову роль у цьому процесі. Таламус отримує сенсорну інформацію і передає її до різних частин мозку, включаючи кору головного мозку, яка відповідає за свідоме усвідомлення емоцій, і до вегетативної нервової системи, яка контролює фізіологічні реакції. Наприклад, Ви дивитеся страшний фільм і бачите, як монстр стрибає до камери. Згідно з теорією Кеннона-Барда, ця інформація передається до таламуса, який одночасно генерує емоційну реакцію (страх) і фізіологічну реакцію (прискорене серцебиття, пітливість). Чи, Ви отримуєте приємну новину і одночасно відчуваєте радість і посміхаєтеся. Таламус передає інформацію до

відповідних частин мозку, що викликає одночасну емоційну і фізіологічну реакцію.

Теорія Кеннона-Барда також піддалася критиці. Наприклад, деякі дослідники вважають, що фізіологічні реакції можуть впливати на емоції, що суперечить ідеї одночасності. Крім того, сучасні дослідження показують, що емоції включають складніші моделі мозкової активності, ніж припускали Кеннон і Бард.

Теорія Кеннона-Барда мала значний вплив на розвиток нейронаукових досліджень емоцій. Вона сприяла розумінню ролі мозкових структур, таких як таламус і лімбічна система, у формуванні емоцій. Сучасні дослідження продовжують вивчати ці взаємозв'язки, використовуючи новітні методи нейровізуалізації [38, 41].

Когнітивна теорія емоцій стверджує, що емоції виникають в результаті когнітивної оцінки ситуації. Це означає, що наші думки та інтерпретації подій впливають на те, як ми відчуваємо емоції. Наприклад, якщо ми оцінюємо ситуацію як загрозливу, ми можемо відчувати страх; якщо як сприятливу – радість. Річард Лазарус був одним з провідних дослідників у цій галузі. Він запропонував, що емоції виникають через когнітивну оцінку ситуації, яка включає три етапи:

1. Первинна оцінка ситуації як загрозливої, сприятливої або нейтральної.
2. Вторинна оцінка власних ресурсів і можливостей для подолання ситуації.
3. Переоцінка – перегляд первинної та вторинної оцінок у світлі нової інформації.

Стенлі Шахтер і Джером Сінгер у 1962 році в роботі «Когнітивні, соціальні та фізіологічні детермінанти емоційного стану» представили двофакторну теорію емоцій, яка стверджує, що емоції виникають як результат фізіологічного збудження і когнітивної інтерпретації цього збудження.

Наприклад, якщо ми відчуваємо прискорене серцебиття, ми можемо інтерпретувати це як страх або радість залежно від контексту [68].

Леон Фестінгер у 1957 році в дослідженні «Теорія когнітивного дисонансу» стверджує, що емоції виникають, коли є невідповідність між нашими переконаннями та діями. Це призводить до дискомфорту, який ми намагаємося зменшити шляхом зміни переконань або поведінки.

Керрол Ізард (1971 рік) в теорії диференціальних емоцій підкреслює, що емоції виникають як відповідь на конкретні ментальні образи або думки. Він вважав, що емоції є фундаментальними і незалежними від когнітивних процесів, але можуть бути пов'язані з ними. Наприклад, Ви йдете по темній вулиці і чуєте дивний звук. Якщо ви оцінюєте ситуацію як небезпечну, ви відчуваєте страх. Ви отримуєте приємну новину і оцінюєте її як сприятливу, що викликає радість [14].

Когнітивні теорії емоцій мали значний вплив на розвиток психології, особливо в галузі психотерапії та консультування. Вони підкреслюють важливість когнітивних процесів у формуванні емоцій і допомагають розробляти методи для зміни негативних емоцій через зміну мислення.

Біологічна теорія емоцій П.К. Анохіна в якій емоції розглядаються як продукт еволюції, що допомагає організму швидко оцінювати впливи на основі критерію виживання. Емоції інтегрують всі функції організму, забезпечуючи адаптивні реакції. Петро Кузьмич Анохін, видатний фізіолог, розробив біологічну теорію емоцій у середині XX століття. Він вважав, що емоції є еволюційно закріпленими механізмами, які допомагають організму адаптуватися до змін у навколишньому середовищі. Анохін підкреслював, що емоції виникають як відповідь на потреби організму і сприяють його виживанню [3].

Основні положення теорії біологічної теорії емоцій П.К. Анохіна:

- емоції як адаптивні реакції допомагають організму швидко оцінювати ситуації та приймати рішення, які сприяють виживанню. Наприклад, страх

допомагає уникати небезпеки, а радість сприяє повторенню поведінки, яка приносить задоволення;

- інтеграція функцій організму в якій емоції інтегрують різні фізіологічні та психологічні процеси, забезпечуючи цілісну реакцію організму на зовнішні стимули. Це включає зміни в діяльності внутрішніх органів, м'язів, а також у поведінці;

- позитивні та негативні емоції виникають, коли реальний результат дії збігається або перевищує очікуваний результат, що сприяє повторенню такої поведінки. Негативні емоції виникають, коли результат не відповідає очікуванням, що стимулює пошук нових способів досягнення мети.

Коли організм стикається з загрозою, виникає страх, який мобілізує ресурси для уникнення небезпеки. Це включає прискорене серцебиття, підвищену увагу та готовність до дії. В той же час, коли організм досягає успіху або задовольняє потребу, виникає радість, яка сприяє повторенню такої поведінки. Це включає позитивні фізіологічні зміни, такі як розширення судин і покращення кровообігу.

Біологічна теорія емоцій П.К. Анохіна мала значний вплив на розвиток нейронаукових досліджень емоцій. Вона сприяла розумінню ролі мозкових структур, таких як лімбічна система, у формуванні емоцій. Сучасні дослідження продовжують вивчати ці взаємозв'язки, використовуючи новітні методи нейровізуалізації та психофізіології [3].

Активаційна теорія Д. Ліндслі полягає в тому, що емоції пов'язані з активацією нейронів ретикулярної формації стовбура мозку. Емоційні стимули активують мозок, що призводить до емоційних реакцій. Дональд Ліндслі, американський психолог, розробив активаційну теорію емоцій у середині XX століття в роботі «Емоція» у 1951 році Він замінив широке поняття організмичного збудження, запропоноване Джоном Даффі, на поняття активації. Ліндслі вважав, що емоції виникають в результаті активації ретикулярної формації стовбура мозку, яка відіграє ключову роль у регуляції рівня збудження мозку. Активация ретикулярної формації: ретикулярна

формація стовбура мозку відповідає за регуляцію рівня збудження мозку. Коли емоційний стимул активує ретикулярну формацію, це призводить до змін у діяльності мозку, які ми сприймаємо як емоції. Роль таламуса і кори головного мозку полягає в тому, що емоційні стимули породжують імпульси, які активують стовбур мозку. Ці імпульси передаються до таламуса і кори головного мозку, де вони перетворюються на емоційні реакції [61].

Емоційні стимули можуть бути як зовнішніми (наприклад, небезпека), так і внутрішніми (наприклад, спогади). Вони викликають активацію ретикулярної формації, що призводить до емоційних реакцій. Наприклад, Ви бачите змію і відчуваєте страх. Згідно з активаційною теорією, змія (емоційний стимул) активує ретикулярну формацію стовбура мозку, що призводить до фізіологічних змін (прискорене серцебиття, потовиділення) і емоційної реакції (страх). Коли Ви отримуєте приємну новину і відчуваєте радість. Новина (емоційний стимул) активує ретикулярну формацію, що призводить до позитивних фізіологічних змін і емоційної реакції (радість).

Активаційна теорія Ліндслі піддалася критиці за те, що вона не враховує когнітивні аспекти емоцій. Наприклад, когнітивні теорії емоцій підкреслюють роль мислення та оцінки ситуації у формуванні емоцій. Крім того, сучасні дослідження показують, що емоції включають складніші моделі мозкової активності, ніж припускала активаційна теорія.

Активаційна теорія Ліндслі мала значний вплив на розвиток нейронаукових досліджень емоцій. Вона сприяла розумінню ролі ретикулярної формації у формуванні емоцій і стимулювала подальші дослідження в цій галузі. Сучасні дослідження продовжують вивчати ці взаємозв'язки, використовуючи новітні методи нейровізуалізації та психофізіології [50, 61].



Рис. 1.1.3. Модель теорій емоцій

Отже, нами показано основні теорії емоцій, кожна з яких пропонує свій унікальний погляд на те, як і чому виникають емоції. Це включає фізіологічні, когнітивні та біологічні підходи. Сучасні дослідження продовжують інтегрувати різні підходи, використовуючи новітні методи нейровізуалізації та психофізіології, щоб краще зрозуміти складні взаємозв'язки між фізіологічними реакціями, когнітивними процесами та емоціями. Ці теорії разом допомагають нам краще розуміти природу емоцій і їхню роль у нашому житті.

1.2. Історичний розвиток теорії емоцій: ключові етапи в розумінні емоцій як психологічного феномену.

Історичний розвиток теорії емоцій охоплює кілька ключових етапів, кожен з яких зробив свій внесок у розуміння емоцій як психологічного феномену. Нами буде зроблена спроба побудувати аналітичну модель основних етапів розвитку теорії емоцій.

I. Етап «Античність».

У давньогрецькій філософії емоції розглядалися як важлива частина людського досвіду. Платон і Аристотель обговорювали емоції в контексті етики та моральної філософії та зробили значний внесок у їх розуміння [4, 5, 24].

Платон розглядав емоції як частину душі, яка складається з трьох частин: розумної, афективної (емоційної) та апетитивної (бажання). У своїй роботі «Держава» він використовує метафору колісниці, де розум є візником, а дві коні представляють афективну та апетитивну частини душі. Платон вважав, що емоції можуть бути як корисними, так і шкідливими, залежно від того, чи вони під контролем розуму [24].

Аристотель, у своїй «Нікомаховій етиці», розглядав емоції як важливий аспект моральної доброчесності. Він вважав, що емоції повинні бути врівноваженими і відповідати ситуації. Аристотель розробив концепцію «золотої середини», де доброчесність полягає у знаходженні балансу між двома крайнощами емоцій. Наприклад, мужність є серединою між боягузтвом і безрозсудністю [4, 37].

Стоїки, до яких можна віднести Зенона Китійського як засновника стоїцизму, вважав, що емоції є результатом помилкових суджень і повинні бути подолані через раціональне розуміння світу. Стоїки прагнули до апатії, стану, вільного від негативних емоцій. Так, Епікур вважав, що емоції можуть бути джерелом задоволення або болю. Він пропонував шукати задоволення через помірність і уникати надмірних бажань, що призводять до страждань [10, 11, 12].

Платоніки, такі як Плотін, розвивали ідеї Платона, зосереджуючись на духовному аспекті емоцій і їх ролі у досягненні єдності з божественним [25].

Порівнюючи погляди античних філософів, слід зазначити, що Платон і Аристотель визнають важливість емоцій, але підходять до них з різних перспектив: Платон через контроль розуму, Аристотель через баланс. Стоїки прагнуть до повного подолання емоцій, тоді як Епікур шукає баланс між

задоволенням і болем. Платоніки акцентують увагу на духовному аспекті емоцій [4, 5, 10, 11, 12, 24, 25, 37].

II. Етап «Середньовіччя».

У середньовічній філософії емоції розглядалися як важливий аспект людського досвіду, і багато філософів, включаючи Фома Аквінського, досліджували їх природу та роль. Давайте розглянемо це детальніше [1,2].

Так, Фома Аквінський розробив одну з найвпливовіших теорій емоцій у середньовічній філософії. Він розглядав емоції як «пасії душі» (*passiones animae*), які є рухами чуттєвого апетиту, викликаними когнітивними актами. Аквінський поділяв емоції на дві основні категорії: конкупісцибільні (*concupiscible*) та іраскібільні (*irascible*) емоції. Конкупісцибільні емоції такі як любов і ненависть, бажання і відраза, задоволення і страждання. Іраскібільні емоції такі як надія і відчай, впевненість і страх, гнів. Аквінський вважав, що емоції є чуттєвими станами, які можуть бути під контролем розуму, оскільки вони залежать від когнітивних актів.

Джон Дунс Скот і Вільям Оккам також досліджували емоції, але з дещо іншими підходами. Так, Д. Скот вважав, що емоції є частиною волі і можуть бути змінені через раціональне мислення. Він підкреслював роль волі у формуванні емоційних реакцій. В. Оккам розрізняв два типи емоцій: чуттєві, які виникають неминуче, і раціональні, які можуть бути змінені волею [21,22, 31].

Порівнюючи погляди філософів середньовіччя слід резюмувати, що Фома Аквінський вважав емоції є чуттєвими станами, які можуть бути під контролем розуму. Він розробив детальну класифікацію емоцій і підкреслював їх зв'язок з когнітивними актами. За Джоном Дунсом Скотом емоції є частиною волі і можуть бути змінені через раціональне мислення. Він акцентував увагу на ролі волі у формуванні емоцій. Вільям Оккам розрізняв чуттєві та раціональні емоції, підкреслюючи можливість зміни раціональних емоцій через волю. Отже, середньовічні філософи розглядали емоції з різних перспектив, але всі вони визнавали їх важливість у людському житті та

моральній філософії, зробивши значний внесок у розуміння емоцій, кожен з них пропонуючи унікальні підходи до їх аналізу [1,2, 21,22, 31].

III. Етап «Новий час».

У XVII–XVIII століттях, з розвитком науки і філософії, емоції почали розглядатися як природні феномени, які можна вивчати науковими методами.

Рене Декарт (1596–1650) розглядав емоції як «пасії душі» (*passions de l'âme*), які виникають внаслідок взаємодії між душею і тілом. У своїй роботі «Пристрасті душі» (*Les Passions de l'âme*, 1649) він описав шість основних емоцій: здивування, любов, ненависть, бажання, радість і печаль. Р. Декарт вважав, що емоції є результатом руху «тваринних духів» (*esprits animaux*) через нервову систему, що впливає на душу [9].

Бенедикт Спіноза (1632–1677) також зробив значний внесок у розуміння емоцій. У своїй роботі «Етика» (*Ethica*, 1677) він розглядав емоції як модифікації тіла, які впливають на здатність діяти. Спіноза класифікував емоції на три основні категорії: радість, печаль і бажання, з яких походять всі інші емоції. Він вважав, що розуміння причин емоцій може допомогти людині досягти більшої свободи і контролю над ними [32].

Томас Гоббс (1588–1679) у своїй роботі «Левіафан» (*Leviathan*, 1651) розглядав емоції як механічні процеси, що виникають внаслідок руху частинок у тілі. Він вважав, що всі емоції можна звести до бажання і відрази, які визначають людську поведінку [7].

Джон Локк (1632–1704) у своїй роботі «Дослідження про людське розуміння» (*An Essay Concerning Human Understanding*, 1690) розглядав емоції як ідеї, що виникають внаслідок чуттєвого досвіду. Він вважав, що емоції є результатом асоціацій між ідеями, які формуються через досвід [19].

Резюмуючи вищесказане Р. Декарт розглядав емоції як результат взаємодії душі і тіла, викликані рухом «тваринних духів». За Б. Спінозою емоції є модифікаціями тіла, які впливають на здатність діяти, а розуміння причин емоцій допомагає досягти свободи. Т. Гоббс вважав, що емоції є механічними процесами, що виникають внаслідок руху частинок у тілі; всі

емоції зводяться до бажання і відрази. Д. Локк вказував на те, що емоції є ідеями, що виникають через чуттєвий досвід і асоціації між ідеями. Філософи XVII–XVIII століть розглядали емоції з різних перспектив, але всі вони визнавали їх важливість у розумінні людської природи [7,9, 19,32].

IV. Етап «Еволюційної теорії»

У XIX столітті дослідження емоцій набуло нового наукового підходу, завдяки розвитку природничих наук і філософії. Давайте розглянемо цей період детальніше, зосереджуючись на ключових вчених і їх роботах.

Чарльз Дарвін (1809–1882) у своїй праці «Вираження емоцій у людини і тварин» (The Expression of the Emotions in Man and Animals, 1872) запропонував еволюційну теорію емоцій. Він стверджував, що емоції мають адаптивне значення і є результатом еволюційного процесу. Дарвін вважав, що емоційні вирази є універсальними серед різних видів і культур, і що вони розвинулися через природний відбір для покращення комунікації та виживання [44].

Вільям Джеймс (1842–1910), американський філософ і психолог, запропонував теорію емоцій, відому як теорія Джеймса-Ланге. У своїй праці «Принципи психології» (The Principles of Psychology, 1890) він стверджував, що емоції виникають як результат фізіологічних реакцій на зовнішні стимули. Наприклад, ми відчуваємо страх, тому що наше тіло реагує на загрозу (серцебиття, пітливість тощо) [52, 53].

Карл Ланге (1834–1900), данський фізіолог, незалежно від В. Джеймса, розробив схожу теорію емоцій. Він також вважав, що емоції є результатом фізіологічних змін у тілі. Ця теорія стала відомою як теорія Джеймса-Ланге [58].

Герберт Спенсер (1820–1903), британський філософ і соціолог, у своїй праці «Принципи психології» (The Principles of Psychology, 1855) розглядав емоції як частину еволюційного процесу. Він вважав, що емоції розвинулися як адаптивні реакції на навколишнє середовище [69].

Резюмуючи етап «Еволюційної теорії» слід зазначити, що саме Ч. Дарвін і його підхід став революційними, оскільки він розглядав емоції як частину еволюційного процесу, що допомагає виживанню і комунікації. Його робота підкреслювала універсальність емоційних виразів серед різних видів. В. Джеймс і К. Ланге змінили розуміння емоцій, підкреслюючи фізіологічні основи емоційних реакцій. Вони стверджували, що емоції є результатом тілесних змін, що було новаторським підходом у психології. Г. Спенсер підкреслили еволюційний аспект емоцій, але більше зосереджувалися на адаптивних реакціях на навколишнє середовище. У XIX столітті дослідження емоцій значно просунулося завдяки розвитку науки і філософії. Вчені цього періоду, такі як Чарльз Дарвін, Вільям Джеймс, Карл Ланге і Герберт Спенсер, зробили значний внесок у розуміння емоцій, кожен з них пропонуючи унікальні підходи до їх аналізу. Ці різні підходи допомогли закласти основи для сучасних досліджень емоцій у психології та нейронауці [44, 52, 53, 69].

V. Етап «XX століття».

У XX столітті з'явилися різні психологічні теорії емоцій, включаючи теорію Джеймса-Ланге (емоції виникають як результат фізіологічних реакцій на події); теорія Кеннона-Барда (емоції і фізіологічні реакції виникають одночасно); когнітивні теорії (емоції виникають в результаті когнітивної оцінки ситуації). Ці теорії докладно розглянуті в нашій роботі в попередньому Розділі 1.1. [38, 41, 52, 53, 58].

VI. Етап «Сучасний період».

Пол Екман в дослідженні «Вираження емоцій у людини і тварин» (1972) і «З чим погоджуються вчені, які вивчають емоції» (2016) аналізує універсальність емоційних виразів. Він визначив шість базових емоцій (радість, сум, гнів, страх, відраза, здивування), які є універсальними для всіх культур. П. Екман також розробив систему Facial Action Coding System (FACS) для аналізу мікроекспресій обличчя [46, 47].

Джеймс А. Рассел в дослідженні «Циркумплексна модель афекту» (1980) запропонував циркумплексну модель емоцій, яка класифікує емоції за

двома основними вимірами: валентність (позитивність-негативність) і збудження (високе-низьке). Ця модель допомагає зрозуміти, як різні емоції взаємопов'язані [67].

Річард Лазарус розробив когнітивну теорію емоцій, яка підкреслює роль когнітивної оцінки в формуванні емоцій в роботі «Емоції та адаптація» (1991). Він вважав, що емоції виникають внаслідок інтерпретації ситуацій як загрозливих або сприятливих для особистих цілей [59].

Антоніо Дамасіо досліджував нейробіологічні основи емоцій і запропонував теорію соматичних маркерів, яка пояснює, як емоції впливають на прийняття рішень. Він вважав, що емоції є важливими для раціонального мислення, опублікувавши результати своїх досліджень «Помилка Декарта: емоції, розум і людський мозок» (1994) [43].

Джозеф Леду в роботі «Емоційний мозок: таємничі основи емоційного життя» (1996) досліджував нейронні механізми емоцій, зокрема страху. Він виявив, що амігдала відіграє ключову роль у формуванні емоційних реакцій на загрози [60].

Ліза Фельдман Барретт («Як створюються емоції: таємне життя мозку» (2017)) запропонувала конструктивістську теорію емоцій, яка стверджує, що емоції не є універсальними і вродженими, а формуються через культурні та індивідуальні досвіди [39].

Аналізуючи теорії емоцій сучасних дослідників, можна зробити наступні попередні висновки. Так, Пол Екман підкреслює універсальність емоційних виразів, тоді як Ліза Фельдман Барретт стверджує, що емоції є конструкціями, що залежать від контексту. Джеймс А. Рассел і Річард Лазарус зосереджуються на когнітивних аспектах емоцій, а Антоніо Дамасіо і Джозеф Леду досліджують їх нейробіологічні основи. Ці різні підходи допомагають глибше зрозуміти складну природу емоцій і їх вплив на поведінку людини [39, 46, 47, 59, 60, 67].

Сучасні дослідження емоцій охоплюють різні підходи, включаючи нейронаукові дослідження, які вивчають мозкові механізми емоцій, та

соціокультурні підходи, які розглядають емоції в контексті культурних і соціальних факторів.



Рис. 1.2.1. Історичний розвиток теорії емоцій

Нейронаукові дослідження зосереджуються на вивченні мозкових механізмів, які лежать в основі емоційних реакцій. Вони використовують методи нейровізуалізації, такі як функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ) та електроенцефалографія (ЕЕГ), щоб дослідити, як різні області мозку активуються під час емоційних переживань. Вважається, що лімбічна система, яка включає такі структури, як гіпокамп, мигдалеподібне тіло та гіпоталамус, відіграє ключову роль у формуванні емоцій. Ця структура особливо важлива для обробки емоцій страху та агресії. Дослідження показують, що пошкодження мигдалеподібного тіла може призвести до змін у здатності розпізнавати та реагувати на емоційні стимули. Префронтальна кора

відповідає за регуляцію емоцій та прийняття рішень. Вона допомагає контролювати імпульсивні реакції та планувати довгострокові дії [60, 64].

Соціокультурні підходи до вивчення емоцій розглядають емоції в контексті культурних та соціальних факторів. Вони досліджують, як культурні норми, соціальні взаємодії та історичні контексти впливають на формування та вираження емоцій. Дослідження показують, що різні культури мають різні норми щодо вираження емоцій. Наприклад, у деяких культурах відкритий вираз емоцій може бути заохочуваним, тоді як в інших – стриманим. Емоції також можуть бути пов'язані з соціальними ролями та статусом. Наприклад, очікування щодо емоційної поведінки можуть відрізнятися для чоловіків і жінок, або для людей різного віку. Історичні події та соціальні зміни можуть впливати на колективні емоційні реакції. Наприклад, війни, економічні кризи та соціальні рухи можуть формувати емоційний клімат суспільства [62].

Таблиця 1.2.1.

Історичний розвиток теорії емоцій: від античності до сучасної психології емоцій

Етапи	Основні ідеї	Ключові фігури
I. Етап «Античність»	Визнають важливість емоцій, але підходять до них з різних перспектив: Платон через контроль розуму, Арістотель через баланс. Стоїки прагнуть до повного подолання емоцій, тоді як Епікур шукає баланс між задоволенням і болем. Платоніки акцентують увагу на духовному аспекті емоцій.	Платон, Арістотель, Епікур
II. Етап «Середньовіччя»	Фома Аквінський вважав емоції є чуттєвими станами, які можуть бути під контролем розуму. Він розробив детальну класифікацію емоцій і підкреслював їх зв'язок з когнітивними актами. За Джоном Дунсом Скотом емоції є частиною волі і можуть бути змінені через раціональне мислення. Він акцентував увагу на ролі волі у формуванні емоцій. Вільям Оккам	Фома Аквінський, Джон Дунс Скот, Вільям Оккам

	розрізняв чуттєві та раціональні емоції, підкреслюючи можливість зміни раціональних емоцій через волю.	
III. Етап «Новий час».	Декарт розглядав емоції як результат взаємодії душі і тіла, викликані рухом «тваринних духів». За Б. Спінозою емоції є модифікаціями тіла, які впливають на здатність діяти, а розуміння причин емоцій допомагає досягти свободи. Т. Гоббс вважав, що емоції є механічними процесами, що виникають внаслідок руху частинок у тілі; всі емоції зводяться до бажання і відрази. Д. Локк вказував на те, що емоції є ідеями, що виникають через чуттєвий досвід і асоціації між ідеями.	Рене Декарт, Бенедикт Спіноза, Т. Гоббс, Д. Локк
IV. Етап «Еволюційної теорії»	Ч. Дарвін і його підхід став революційними, оскільки він розглядав емоції як частину еволюційного процесу, що допомагає виживанню і комунікації. В. Джеймс і К. Ланге змінили розуміння емоцій, підкреслюючи фізіологічні основи емоційних реакцій. Г. Спенсер підкреслили еволюційний аспект емоцій, але більше зосереджувалися на адаптивних реакціях на навколишнє середовище.	Чарльз Дарвін, В. Джеймс і К. Ланге, Г. Спенсер
V. Етап «XX століття»	У XX столітті з'явилися різні психологічні теорії емоцій, включаючи теорію Джеймса–Ланге (емоції виникають як результат фізіологічних реакцій на події); теорія Кеннона–Барда (емоції і фізіологічні реакції виникають одночасно); когнітивні теорії (емоції виникають в результаті когнітивної оцінки ситуації).	Вільям Джеймс, Карл Ланге, Кеннон та Бард
VI. Етап «Сучасний період»	Пол Екман підкреслює універсальність емоційних виразів, тоді як Ліза Фельдман Барретт стверджує, що емоції є конструкціями, що залежать від контексту. Джеймс А. Рассел і Річард Лазарус зосереджуються на когнітивних аспектах емоцій, а Антоніо Дамасіо і Джозеф Леду досліджують їх нейробіологічні основи. Ці різні підходи допомагають глибше зрозуміти складну природу емоцій і їх вплив на поведінку людини.	Пол Екман, Ліза Фельдман, Барретт Джеймс, А. Рассел, Річард Лазарус, Антоніо Дамасіо, Джозеф Леду

1.3. Підходи до класифікації емоцій, що набули найбільшої популярності в сучасних психологічних дослідженнях.

Підходи до класифікації емоцій мають велике значення для розуміння людської поведінки та психічного здоров'я. Визначення базових емоцій допомагає зрозуміти універсальні аспекти людських емоцій, які є спільними для всіх культур. Це дозволяє дослідникам і практикам розробляти методи діагностики та терапії, які можуть бути застосовані до різних груп людей. Поділ емоцій за їх інтенсивністю та позитивністю/негативністю допомагає краще розуміти, як різні емоції впливають на поведінку та прийняття рішень. Розуміння та управління емоціями є ключовими для успішної соціальної взаємодії та особистого розвитку. Емоційний інтелект допомагає людям краще розуміти себе та інших, що сприяє ефективній комунікації та співпраці. Розуміння функцій емоцій допомагає пояснити, чому ми відчуваємо ті чи інші емоції в певних ситуаціях. Це може бути корисним для розробки терапевтичних методів, які враховують функціональність емоцій. Розглянемо найбільш популярні в сучасній психологічній науці підходи до класифікації емоцій.

По-перше, класифікація за базовими емоціями. Цей підхід, запропонований Полом Екманом і виділяє шість базових емоцій: радість, сум, страх, гнів, здивування та відраза. Ці емоції вважаються універсальними, тобто вони проявляються у всіх культурах однаково. П. Екман виявив, що ці емоції мають характерні вирази обличчя, які легко розпізнаються незалежно від культурного контексту. Керрол Ізард запропонував свою теорію базових емоцій, яка включає десять емоцій. До шести емоцій, визначених Екманом, він додав інтерес, сором, провину та збудження. Його дослідження також підкреслюють універсальність цих емоцій та їхню важливість у розвитку людини. Роберт Плутчик розробив «колесо емоцій», яке включає вісім основних емоцій: радість, довіра, страх, здивування, сум, відраза, гнів та

очікування. Він також досліджував, як ці емоції комбінуються, утворюючи складніші емоційні стани [14, 46,47, 66].

Розуміння емоцій



Рис. 1.3.1. Модель розуміння емоцій, що набули найбільшої популярності в сучасних психологічних дослідженнях.

По-друге, двовимірна модель, яка класифікує емоції за двома основними вимірами: валентність (позитивні чи негативні) та збудження (високий чи низький рівень збудження). Наприклад, радість має позитивну валентність і високий рівень збудження, тоді як спокій має позитивну валентність і низький рівень збудження. Джеймс Рассел запропонував дименсійну модель емоцій, де емоції класифікуються за двома основними вимірами: валентність (позитивність-негативність) і збудження (високий-низький рівень). Його модель допомагає зрозуміти, як різні емоції можуть бути пов'язані між собою та як вони впливають на поведінку людини [67].

По-третє, класифікація за емоційним розвитком. Так, теорія емоційного інтелекту, розроблена Джоном Майером та Пітером Селовеєм, включає

здатність розпізнавати, розуміти та управляти своїми емоціями та емоціями інших людей. Вона складається з таких компонентів: самосвідомість, як здатність розпізнавати свої емоції та розуміти, як вони впливають на думки та поведінку; саморегуляція, що проявляється в здатності контролювати свої емоції та адаптувати їх до ситуації; внутрішня мотивація досягати цілей, яка не залежить від зовнішніх винагород; емпатія як здатність розуміти емоції інших людей і реагувати на них відповідним чином; соціальні навички, що відповідають за здатність ефективно взаємодіяти з іншими людьми, будувати стосунки та керувати конфліктами [20].

Модель емоційної зрілості, запропонована О.Я. Чебикіним, також включає кілька ключових компонентів, які можна порівняти з теорією емоційного інтелекту:

- емоційна експресивність, як здатність адекватно виражати свої емоції через міміку, пантоміміку та інтонацію. Це схоже на компонент самосвідомості та соціальних навичок у моделі емоційного інтелекту;
- емоційна саморегуляція, як здатність керувати своїми емоціями відповідно до ситуації. Це безпосередньо відповідає компоненту саморегуляції в теорії емоційного інтелекту;
- емпатія – здатність розуміти та реагувати на емоції інших людей. Це аналогічно компоненту емпатії в моделі емоційного інтелекту [36].

Основні відмінності цих моделей полягають в фокусі на соціальні навички. Теорія емоційного інтелекту Майєра та Селовея включає соціальні навички як окремий компонент, тоді як модель О.Я. Чебикіна більше зосереджена на внутрішніх аспектах емоційної зрілості. Модель емоційного інтелекту включає компонент мотивації, який не є окремо виділеним у моделі емоційної зрілості О. Я. Чебикіна. Обидві моделі підкреслюють важливість розуміння та управління емоціями, але підходять до цього з різних кутів, що дозволяє краще зрозуміти складність емоційного розвитку людини [20, 36].

По-четверте, класифікація за функціями. Емоції класифікуються за їх функціями, такими як адаптивні (наприклад, страх допомагає уникати

небезпеки) та соціальні (наприклад, радість сприяє соціальним зв'язкам). Воррен Д. Тен Хоутен є відомим соціологом, який досліджує емоції з точки зору еволюційної нейросоціології. Його роботи зосереджені на класифікації емоцій за їх функціями та адаптивними реакціями на життєві ситуації. Розглянемо деякі ключові аспекти його досліджень.

В книзі «Загальна теорія емоцій і соціального життя» 2006 року Тен Хоутен розробляє загальну теорію емоцій, засновану на психоеволюційних теоріях Дарвіна, Плутчика та Ізарда. Він класифікує широкий спектр емоцій та аналізує їх на соціологічному, психологічному та нейробіологічному рівнях. В роботі 2021 року «Основна теорія емоцій, соціальний конструкціонізм і універсальна етограма» Тен Хоутен досліджує базові емоції та їх соціальну конструкцію, пропонуючи універсальний етограм, який включає вісім основних емоцій, що відповідають адаптивним реакціям на фундаментальні проблеми життя. Автор аналізує шість ключових емоцій: гнів, прийняття, агресивність, любов, радість та щастя, а також очікування. Він пропонує комплексну класифікацію емоцій та їх роль у соціальних взаємодіях.

В-п'ятих, класифікація за інтенсивністю емоційних проявів. Цей підхід був розроблений на основі робіт Вільяма Джеймса та Карла Ланге, які досліджували фізіологічні аспекти емоцій [52, 53, 58].

В-шостих, класифікація за тривалістю була розроблена на основі робіт таких науковців, як Зигмунд Фрейд і Карл Юнг, які досліджували тривалість емоційних станів [48, 54].

В-сьомих, класифікація за функцією. Цей підхід розвивали такі науковці, як Джон Дьюї та Роберт Лазарус, які досліджували функціональні аспекти емоцій. Джон Дьюї, відомий американський філософ і психолог, розробив теорію емоцій, яка підкреслює єдність думки та емоцій у природній функціональній координації дій. Він вважав, що емоції не можна розглядати окремо від когнітивних процесів і поведінки. Дьюї критикував теорії емоцій Дарвіна та Джеймса, пропонуючи власну реконструкцію, яка включала телологічний підхід до емоцій. Основні аспекти теорії Дьюї: емоції та думки

взаємопов'язані і впливають на поведінку людини; емоції допомагають координувати дії, забезпечуючи адаптивні реакції на життєві ситуації. Дьюї відкидав дуалізм між фізичними стимулами та ментальними емоціями, пропонуючи натомість інтегративний підхід [59].

Роберт Лазарус розробив когнітивно-мотиваційно-реляційну теорію емоцій, яка підкреслює роль когнітивної оцінки у виникненні емоцій. Він вважав, що емоції є результатом оцінки ситуацій з точки зору їх значущості для особистих цілей та благополуччя. За даними вченого, емоції виникають в результаті оцінки ситуацій з точки зору їх значущості для особистих цілей, а також допомагають адаптуватися до змін у навколишньому середовищі та справлятися зі стресом. Вони розвиваються під впливом як індивідуальних, так і соціальних факторів [59].

Таблиця 1.3.1.

Підходи до класифікації емоцій, що набули найбільшої популярності в сучасних психологічних дослідженнях

Підхід	Автори	Ключові аспекти
Базові емоції	Пол Екман	Універсальні емоції з характерними виразами обличчя
	Керрол Ізард	Додаткові емоції, важливі для розвитку людини
	Роберт Плутчик	«Колесо емоцій», комбінація емоцій для утворення складніших станів
Двовимірна модель	Джеймс Рассел	Класифікація емоцій за двома вимірами, зв'язок між емоціями
Емоційний розвиток	Джон Майер, Пітер Селовей	Теорія емоційного інтелекту, управління емоціями
	О.Я. Чебикін	Модель емоційної зрілості, внутрішні аспекти емоцій

Функції емоцій	Воррен Д. Тен Хоутен	Адаптивні та соціальні функції емоцій
Інтенсивність емоцій	Вільям Джеймс, Карл Ланге	Інтенсивність емоційних проявів
Тривалість емоцій	Зигмунд Фрейд, Карл Юнг	Дослідження тривалості емоцій
Функціональні аспекти	Джон Дьюї, Роберт Лазарус	Функціональна координація дій, адаптація до середовища

Висновки до першого розділу

Проаналізувавши теоретико-методологічні підходи до дослідження емоцій та емоційної сфери особистості, можна зазначити що існують різні форми переживання емоцій – емоція, афект, настрій, сильне хвилювання, стрес, пристрасть тощо. Проблематикою емоцій в різні часи займались: Пол Екман, Керрол Ізард, Роберт Плутчик, Джеймс Рассел, Джон Майер, Пітер Селовей О.Я. Чебикін, Воррен Д. Тен Хоутен, Вільям Джеймс, Карл Ланге, Зигмунд Фрейд, Карл Юнг, Джон Дьюї, Роберт Лазарус тощо.

Можливо відзначити, що емоції – це психічні стани та переживання, які виражають суб'єктивне ставлення людини до різноманітних подій, явищ, об'єктів та діяльності. Емоції відображають значущість того, що відбувається навколо, для самої людини, вони виникають як відповідь на її потреби, інтереси чи мотиви. Емоції проявляються в різних формах, зокрема як радість, страх, гнів, здивування, смуток тощо. Вони є однією з головних складових процесу адаптації людини до умов навколишнього середовища та слугують засобом регуляції її поведінки.

Емоційна сфера особистості – це сукупність усіх емоційних проявів, властивих людині. Вона включає емоції, почуття, афекти, настрій, переживання, а також стабільніші особистісні утворення, такі як емоційна стійкість та емоційна інтелектуальність. Емоційна сфера є важливим компонентом психологічної структури особистості, адже вона визначає її емоційний відгук на зовнішні та внутрішні впливи, формується у процесі соціалізації та розвитку особистості. Від стану емоційної сфери залежить здатність особистості до емоційної регуляції, адаптації до нових умов, а також здатність до емпатії, співпереживання та стійкості в умовах стресу.

Емоційна сфера особистості охоплює всі емоційні процеси, стани та властивості, які характеризують емоційне життя людини. Вона включає в себе: емоційні стани – тимчасові переживання, які можуть бути викликані конкретними подіями або ситуаціями (наприклад, радість, гнів, страх); емоційні властивості – стійкі характеристики особистості, які визначають її

емоційну реактивність і стабільність (наприклад, емоційна стійкість, тривожність); емоційні процеси – динамічні зміни емоційних станів у відповідь на зовнішні та внутрішні стимули (наприклад, розвиток емоційної реакції на стрес).

Емоційна сфера особистості є важливою для: соціальної взаємодії (емоції впливають на те, як ми спілкуємося з іншими людьми, як будуюмо стосунки та як реагуємо на соціальні ситуації); психічного здоров'я (здатність розпізнавати, виражати та регулювати свої емоції є ключовою для підтримки психічного здоров'я та благополуччя); прийняття рішень (емоції можуть впливати на процес прийняття).

Нами було проведено огляд теоретичних підходів, які намагаються пояснити механізми виникнення течії емоцій та їх вплив на поведінку людини. Серед основних теорій виділяються фізіологічні, когнітивні, соціально-когнітивні та біологічні.

Фізіологічні теорії включають підхід Джеймса-Ланге, який передбачає, що емоції виглядають як результат усвідомлення фізіологічних реакцій тіла. А фізіологічна теорія Кеннона-Барда пропонує альтернативний погляд, де емоційний досвід і фізіологічні реакції відбуваються одночасно, після таких змін занадто повно, щоб бути причиною швидких емоційних переживань, оскільки запускаються паралельно два процеси як емоційної, так і фізіологічної відповіді на сприйняту інформацію.

Когнітивні теорії емоцій наголошують на важливості мислення та оцінки в процесі емоційного реагування. Так, Річард Лазарус стверджував, що емоції позитивні в результаті когнітивної оцінки ситуації, яка включає аналіз загрози, ресурсів для подолання та переоцінку матеріалів. Цей підхід підкреслює, що відчуття емоцій значною мірою відрізняється від інтерпретації подій, яка дозволяє визначити, чи є ситуація небезпечною, приємною або нейтральною.

Двофакторна теорія Шахтера-Сінгера поєднує фізіологічний та когнітивний підходи. В рамках якої відзначається що для виникнення емоцій

необхідно фізіологічне збудження та когнітивна інтерпретація цього збудження. Так, одна й та ж фізіологічна реакція (наприклад, прискорене серцебиття) може розширити різні емоції в залежності від контексту.

Серед соціально-когнітивних підходів виділяється теорія когнітивного дисонансу Леона Фестінгера, яка пояснює емоції як реакцію на невідповідність між переконаннями і діями. Ця невідповідність емоційного дискомфорту, який людина намагається зменшити шляхом зміни поглядів або поведінки.

Біологічні теорії, зокрема підхід П.К. Анохіна, пояснюють емоції як еволюційно закладені механізми для виживання, які швидко оцінюють зовнішні подразники. Також активаційна теорія Ліндслі яка пов'язує емоції з активацією нейронів ретикулярної формації мозку, що сприяє інтеграції емоційних та фізіологічних процесів.

Таким чином, емоції можна розглядати як багатовимірне явище, яке виникає в результаті складної взаємодії фізіологічних, когнітивних і соціальних процесів. Кожна з теорій робить внесок у розуміння емоцій з різних кутів, підкреслюючи значення як тілесних реакцій, так і мисленнєвої інтерпретації та соціального контексту, що обумовлює різні емоційні переживання. Сучасні дослідження продовжують інтегрувати різні підходи, використовуючи новітні методи нейровізуалізації та психофізіології, щоб краще зрозуміти складні взаємозв'язки між фізіологічними реакціями, когнітивними процесами та емоціями. Ці теорії разом допомагають нам краще розуміти природу емоцій і їхню роль у нашому житті.

Історичний розвиток теорії емоцій охоплює кілька ключових етапів, кожен з яких зробив свій внесок у розуміння емоцій як психологічного феномену: античність, новий час, еволюційна теорія Ч. Дарвіна, XX століття та сучасний етап.

У період античності – давньогрецькі філософи емоції розглядали, як важливу складову людського досвіду. Платон наголошував на важливості контролю емоцій розумом, тоді як Аристотель підходив до них через

концепцію балансу. Стоїки прагнули подолати емоції, а Епікур – знайти гармонію між задоволенням і болем, заклавши таким чином основи для подальших теоретичних підходів.

Філософи середньовіччя, такі як Фома Аквінський і Джон Дунс Скот, розглядали емоції як чуттєві стани, які піддаються контролю розумом і волею. Їхні теорії підкреслювали зв'язок емоцій з когнітивними процесами, а також можливість їх раціонального регулювання, що стало основою для моральної філософії.

Філософи XVII–XVIII століть (новий час), як-от Декарт і Спіноза, розглядали емоції через взаємодію душі і тіла, а також через механічні процеси, що виникають у тілі. Ці погляди сприяли вивченню емоцій як природного аспекту людської природи, що важливо для розуміння людської поведінки.

У XIX столітті дослідження емоцій перейшли до наукового підходу розпочато етап еволюційної теорії Ч. Дарвіна, який висунув ідею, що емоції допомагають виживанню, підкреслюючи їхню універсальність.

У XX століття з'являється різні психологічні теорії, зокрема теорії Джеймса-Ланге (емоції — результати фізіологічних реакцій) і Кеннона-Барда (емо та фізіологічні реакції виникають одночасно). Також розвинулися когнітивні підходи, де емоції розглядаються як продукт когнітивної оцінки ситуації.

Сучасні дослідники, такі як Пол Екман, Ліза Фельдман Барретт, Джозеф Леду, розвивають як нейробіологічні, так і соціокультурні підходи. Вони розглядають емоції як комплексні явища, що формуються внаслідок мозкових процесів і соціокультурних контекстів, підтверджуючи важливість вивчення емоцій для розуміння людської поведінки.

Ці етапи відображають поступове ускладнення підходів до розуміння емоцій, від їх первинного філософського осмислення до багатогранного наукового аналізу в сучасності.

Порівняльний огляд класифікацій емоцій у сучасних психологічних дослідженнях може бути представлений у кількох ключових підходах:

1. **Класифікація за базовими емоціями.** Пол Екман запропонував виділення шести базових емоцій (радість, сум, страх, гнів, здивування, відраза), які є універсальними, мають однакові прояви у всіх культурах. Керрол Ізард доповнив цю класифікацію, включивши десять емоцій, додавши інтерес, сором, провину та розвиток. Роберт Плутчик розробив «колесо емоцій», що охоплює вісім основних емоцій, таких як радість і страх, та розглядає їх комбінацію для утворення складніших станів.

2. **Двовимірна модель емоцій.** У цій моделі емоції класифікуються за двома параметрами – валентністю (позитивні або негативні) та рівнем підвищення. Джеймс Рассел підкреслює, що така модель додатково розкриває зв'язки між емоціями та їх вплив на поведінку, наприклад, радість сприяє позитивній валентності та високому розвитку.

3. **Класифікація за емоційним розвитком.** Теорія емоційного інтелекту Джона Майера і Пітера Селовея акцентує увагу на таких аспектах, як самосвідомість, саморегуляція, внутрішня мотивація, емпатія та соціальні навички. Модель емоційної зрілості О. я. Чебікіна натомість фокусується на внутрішніх аспектах, підкреслюючи зрілість в управлінських емоціях.

4. **Класифікація за функціями емоцій.** Воррен Тен Хоутен пропонує класифікацію емоцій відповідно до їх функцій (наприклад, адаптивні та соціальні емоції), виявляючи шість ключових ролей емоцій, як-от агресивність та прийняття, що змінюють важливу роль у соціальних взаємодіях.

5. **Класифікація за інтенсивністю емоцій.** Вільям Джеймс і Карл Ланге досліджували фізіологічні основи емоцій, де емоції виділені за інтенсивністю проявів. Це підкреслює важливість фізичних реакцій, які супроводжують емоційні переживання.

6. **Класифікація за довготривалістю станів** – З. Фрейд і К. Юнг аналізували тривалість душевних станів, розділяючи їх на швидкоплинні або тривалі емоції, короточасні реакції або стійкі душевні настрої.

7. **Класифікація за когнітивно-мотиваційною функцією** – Джон Дьюї та Роберт Лазарус досліджували, як емоції координують адаптивні реакції. Р. Лазарус підкреслював роль когнітивної оцінки, де емоції формуються на основі оцінки ситуації та її значення для особистих цілей, допомагаючи адаптуватися та справлятися зі стресом.

Кожен із цих підходів робить значний внесок у розуміння емоцій, даючи можливість уявити їх з різних точок зору: біологічної, когнітивної, соціальної та еволюційної. Узагальнюючи теорії емоцій можливо вказати на їх функції.

1. **Адаптивна функція** – емоції допомагають швидко реагувати на загрози чи можливості (страх ускладнення уникнення небезпеки, гнів конфлікту захистити свої межі).

2. **Комунікативна функція** – вираз емоцій (міміка, тон голосу) полегшує соціальне спілкування, сигналізуючи про наміри та емоційний стан оточуючим.

3. **Мотиваційна функція** – емоції стимулюють досягнення цілей та прагнення до задоволення (радість підтримує мотив, а провина стимулює до корекції поведінки).

4. **Регуляторна функція** – емоції допомагають адаптувати поведінку відповідно до умов та потреб (спокійної концентрації, а також запобігає соціальним конфліктам).

5. **Когнітивна функція** – емоції впливають на сприйняття, пам'ять та прийняття рішень, сприяючи оцінці значущості ситуацій та подій.

Кожна функція забезпечує адаптацію людини до середовища, разом із соціальним зв'язком та підтримує емоційне благополуччя.

Отже, емоції займають фундаментальну роль у житті людини, суттєво впливаючи на її поведінку, мислення, фізичний стан та взаємодію з оточенням. Вони мають низку важливих функцій: допомагають швидко адаптуватися до

змін і реагувати на зовнішні стимули (адаптивна функція), забезпечують ефективну комунікацію, зокрема в соціальних взаємодіях (комунікативна функція), стимулюють досягнення цілей (мотиваційна функція), стимулюють регуляцію поведінки та емоційного стану (регуляторна функція). функція) і впливають на процеси сприйняття, оцінки та прийняття рішення (когнітивна функція).

Підсумовуючи зміст підходів, можна відзначити, що класифікація емоцій у психологічній науці є багатогранною та відображає аспекти емоційного життя людини. Моделі, орієнтовані на базові емоції, двовимірну структуру, емоційний інтелект та функціональність, надають можливість більш глибокого розуміння природи емоцій, їхню універсальність і культурну залежність. Це знання забезпечує можливість більш точної діагностики та корекції емоційних станів, що особливо важливо для психологічного консультування, психотерапії, освіти та підтримки психічного здоров'я.

Вивчення емоцій залишається актуальним, оскільки емоції впливають на всі аспекти життя, зокрема соціальні зв'язки, професійне функціонування та особистісний розвиток. Сучасні дослідження продовжують розширювати знання про нейробіологічні та когнітивні основи емоцій, їх культурний та соціальний контекст, що відкриває нові шляхи для покращення психічного здоров'я. Подальше дослідження емоцій ролі в адаптивності, стійкості до стресу та міжособистісній взаємодії матиме значний вплив на практичну психологію, освіту та охорону здоров'я.

РОЗДІЛ II. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛІКАРІВ ПЕРШОЇ ЛАНКИ В ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

2.1 Системний огляд наукових досліджень психоемоційних станів лікарів першої ланки

Психоемоційний стан лікарів першої ланки є критично важливим аспектом їхньої професійної діяльності. Сучасні дослідження показують, що лікарі стикаються з високим рівнем стресу, емоційного виснаження та вигорання, що впливає на їхню ефективність та якість надання медичної допомоги. У цьому підрозділі нашої магістерської роботи розглянуто низку досліджень, які аналізують різні аспекти психоемоційного стану лікарів, включаючи саморегуляцію, вплив стресогенних факторів, емоційне вигорання, емпатію та емоційну компетентність.

Христюк О. В. в роботі «Дослідження особливостей саморегуляції психоемоційних станів у кризових ситуаціях» 2019 року розкрито психологічні теорії стресу та саморегуляції. Учасниками дослідження виступили 150 лікарів першої ланки з різних регіонів України, які піддалися анкетуванню, інтерв'ю, і психологічним тестам. Дослідження показало, що лікарі використовують різні стратегії саморегуляції для подолання стресу, зокрема когнітивні та поведінкові техніки. Високий рівень саморегуляції сприяє зниженню рівня тривожності та підвищенню ефективності роботи в кризових ситуаціях [35].

Цим же автором Христюк О. В. в роботі «Вплив стресогенних факторів на психоемоційні стани лікарів» в якому прийняли участь 200 лікарів з різних медичних установ, виявлено, що основними стресогенними факторами є високий рівень робочого навантаження, недостатня підтримка з боку керівництва та колег. Такі отримані результати показують необхідність

впровадження програм психологічної підтримки для зниження рівня стресу серед лікарів [34].

В роботі «Емоційне вигорання медичних працівників» 2021 року Івановою Т. М. на основі теоретичних надбань теорії емоційного вигорання (Масlach, Джексон) виявлено високий рівень емпатії знижує ризик емоційного вигорання, але також може бути фактором ризику при недостатній саморегуляції. Учасниками були 250 медичних працівників, включаючи лікарів та медсестр. В якості рекомендації щодо зниження ризику емоційного вигорання автором пропонується впровадження тренінгів з розвитку емпатії та саморегуляції [13].

Петренко І. В. в роботі «Психоемоційні стани лікарів під час пандемії COVID-19» на основі теорії стресу та кризової психології досліджено 300 лікарів, які працювали в умовах пандемії. Показано, що пандемія значно підвищила рівень тривожності та стресу серед лікарів. Автором вказується необхідність впровадження програм психологічної підтримки та зниження робочого навантаження [23].

Дослідження «Особливості формування емоційних компетенцій майбутнього лікаря в процесі навчання» в 2016 році, що було проведено Лазуренко Оленою Олексіївною та Смілою Наталією Володимирівною на основі психолого-педагогічних засад розвитку професійних компетенцій в якості досліджуваних виступили студенти та викладачі Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Дослідження показало, що розвиток емоційних компетенцій є важливим для професійного становлення лікарів. Авторами вказується необхідність розробки спеціальних програм для розвитку емоційної компетентності [18].

Лазуренко О. О. також в роботі 2018 року «Аналіз психологічних особливостей та структурних компонентів емоційної компетентності майбутнього лікаря» розкриває теорії емоційної компетентності та емоційного інтелекту. В дослідженні визначено основні компоненти емоційної компетентності та їх вплив на професійну діяльність лікарів:

- емоційна обізнаність як здатність розпізнавати власні емоції та емоції інших;
- емоційне саморегулювання як здатність контролювати та керувати своїми емоціями;
- емпатія як здатність розуміти та співпереживати емоціям інших людей;
- соціальні навички як здатність ефективно взаємодіяти з іншими людьми;
- внутрішня мотивація досягати цілей та покращувати професійні навички [17].

Дослідження показало, що розвиток емоційної компетентності є критично важливим для професійного становлення лікарів. Високий рівень емоційної компетентності сприяє кращій взаємодії з пацієнтами, зниженню рівня стресу та підвищенню ефективності роботи. Автором надано рекомендації щодо впровадження спеціальних програм для розвитку емоційної компетентності у навчальних закладах медичного профілю.

Дослідження «Рівень емпатії у лікарів дитячих анестезіологів», що надруковано 2020 року авторами Данилова В. В., Колісник А. М. та Стародуб А. С. засновано на теорії емпатії та емоційного інтелекту. Виявлено високий рівень емпатії серед лікарів, що сприяє кращій взаємодії з пацієнтами та надано рекомендації щодо розвитку емпатії у медичних працівників [8].

«Чинники емоційного виснаження у медичних працівників в умовах пандемії COVID-19» 2021 року автора Старченкової В. засновано на теорії стресу та емоційного вигорання. Учасниками виступили медичні працівники різних спеціальностей. Показано, що пандемія COVID-19 значно підвищила рівень емоційного виснаження серед медичних працівників. Основними чинниками, що сприяли цьому, були: високий рівень робочого навантаження; недостатня кількість засобів індивідуального захисту, постійний страх зараження та передача вірусу своїм близьким, емоційне навантаження від спілкування з пацієнтами та їхніми родичами, відсутність достатньої

підтримки з боку керівництва та колег. Дослідження підкреслює необхідність впровадження програм психологічної підтримки для медичних працівників, які включають психологічні консультації та тренінги з управління стресом та підтримку з боку колег та керівництва, а також забезпечення адекватних умов праці та засобів індивідуального захисту. Розроблено стратегії для зниження робочого навантаження [33].

«Емоційна компетентність лікарів: теоретичні та практичні аспекти» автора Кравченко О. С. розкриває теорії емоційної компетентності та професійного розвитку. Учасники – лікарі різних спеціальностей. Дослідження показало, що розвиток емоційної компетентності є критично важливим для професійного становлення лікарів. Високий рівень емоційної компетентності сприяє кращій взаємодії з пацієнтами, зниженню рівня стресу та підвищенню ефективності роботи. Надано рекомендації щодо впровадження спеціальних програм для розвитку емоційної компетентності у навчальних закладах медичного профілю [16].

Дослідження «Емпатія в догляді за пацієнтами: від «клінічної емпатії» до «емпатичного занепокоєння»», що було проведено Клариссою Гуїді та К'ярою Траверса досліджує дихотомію між когнітивною та афективною емпатією в медичній практиці. Дослідження підтримує цілісний підхід до клінічної емпатії, наголошуючи на важливості справжньої емоційної участі в догляді за пацієнтами. Пропонується концепція «емпатійної занепокоєності» як більш комплексної форми клінічної емпатії [49].

В роботі «Звільнення простору для співчуття: підтримка лікарів у емоційній праці клінічної допомоги» авторами Ангелікі Керасіду та Рут Горн розглядається вплив емоційної праці на самопочуття лікарів. В дослідженні використано якісний аналіз, включаючи інтерв'ю та огляд літератури. Емпірична група складається з лікарів різних спеціальностей. Підкреслюється суперечність між клінічною компетентністю та емоційною залученістю, а також потреба в системах підтримки для лікарів. Автори рекомендують

інституційні зміни для підтримки емоційного благополуччя та емпатії в медичній практиці [56].

Дослідження зв'язку між стратегіями регуляції емоцій і професійним вигоранням серед лікарів «Регулювання емоцій і вигорання у лікарів: систематичний огляд», що проведено групою дослідників в 2019 році визначає ключові стратегії регулювання емоцій, які пом'якшують виснаження. Підкреслюється необхідність навчання регуляції емоцій для запобігання вигоранню.

«Що відчувають лікарі: як емоції впливають на медичну практику» автора Даніель Офрі (2013 рік) показує вплив емоцій лікарів на їхню практику та догляд за пацієнтами. Ця робота поєднує наукові дослідження з реальними історіями з медичної практики. Обговорюється, як такі емоції, як страх, емпатія та розчарування, впливають на медичні рішення та результати пацієнтів. Автор виступає за більшу обізнаність і управління емоціями в медичному навчанні та практиці [63].

В дослідженні 2023 року «Почуття ворога: управління емоціями та відчуження лікарів» групою психологів проведений аналіз емоційного менеджменту та почуття відчуженості серед лікарів. Досліджується, як лікарі керують своїми емоціями та вплив цього на їхнє відчуття професійної ідентичності та благополуччя. В результаті, пропонуються стратегії для зменшення відчуження та покращення емоційної підтримки для лікарів.

Аналіз сучасних досліджень показує, що лікарі першої ланки використовують різні стратегії саморегуляції для подолання стресу, зокрема когнітивні та поведінкові техніки. Високий рівень саморегуляції сприяє зниженню рівня тривожності та підвищенню ефективності роботи в кризових ситуаціях. Основними стресогенними факторами є високий рівень робочого навантаження, недостатня підтримка з боку керівництва та колег, а також емоційне навантаження від спілкування з пацієнтами та їхніми родичами.

Дослідження також підкреслюють важливість розвитку емоційної компетентності та емпатії серед лікарів. Високий рівень емпатії знижує ризик

емоційного вигорання, але також може бути фактором ризику при недостатній саморегуляції. Пандемія COVID-19 значно підвищила рівень тривожності та стресу серед лікарів, що вказує на необхідність впровадження програм психологічної підтримки та зниження робочого навантаження.

Рекомендації включають впровадження спеціальних програм для розвитку емоційної компетентності, тренінгів з управління стресом та емпатії, а також забезпечення адекватних умов праці та підтримки з боку керівництва. Ці заходи можуть значно покращити психоемоційний стан лікарів та підвищити якість надання медичної допомоги.

2.2. Аналіз сучасних досліджень, що розкривають особливості психоемоційних станів лікарів першої ланки в екстремальних умовах

Психоемоційний стан лікарів першої ланки є критично важливим аспектом їхньої професійної діяльності, особливо в умовах екстремальних ситуацій, таких як пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення в Україну у 2022 році. Лікарі першої ланки, які працюють на передовій, щодня стикаються з високим рівнем стресу, емоційного виснаження та вигорання. Ці фактори не лише впливають на їхнє психічне здоров'я, але й на ефективність та якість надання медичної допомоги. У цьому підрозділі нашої магістерської роботи розглянуто низку досліджень, які аналізують різні аспекти психоемоційного стану лікарів, включаючи саморегуляцію, вплив стресогенних факторів, емоційне вигорання, емпатію та емоційну компетентність.

Дослідження, проведені в різних країнах, показують, що лікарі першої ланки часто стикаються з високим рівнем стресу та емоційного виснаження в екстремальних умовах. Основними стресогенними факторами є високий рівень робочого навантаження, недостатня підтримка з боку керівництва та колег, а також емоційне навантаження від спілкування з пацієнтами та їхніми родичами. Учасники досліджень використовують різні стратегії

саморегуляції, включаючи когнітивні та поведінкові техніки, для подолання стресу. Високий рівень саморегуляції сприяє зниженню рівня тривожності та підвищенню ефективності роботи в кризових та екстремальних ситуаціях.

«Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології» 2017 року авторів Садкового В. П. та Тімченко О. В. аналізують психодіагностичні методики та анкетування (психологічні тести та опитувальники для оцінки рівня стресу, емоційного виснаження та інших психоемоційних станів; глибинні інтерв'ю з учасниками для отримання детальнішої інформації про їхні переживання та стратегії подолання стресу) лікарів першої ланки, рятувальників та військовослужбовців (150 лікарів з різних регіонів України, 100 рятувальників, 100 військовослужбовців). Основою цього дослідження є теорія стресу та емоційного вигорання, а також на сучасних підходах до екстремальної та кризової психології. Воно показало, що лікарі першої ланки часто стикаються з високим рівнем стресу та емоційного виснаження в екстремальних умовах. Основними стресогенними факторами були високий рівень робочого навантаження, недостатня підтримка з боку керівництва та колег, а також емоційне навантаження від спілкування з пацієнтами та їхніми родичами. Учасники використовували різні стратегії саморегуляції, включаючи когнітивні та поведінкові техніки, для подолання стресу. Дослідження підкреслює необхідність впровадження програм психологічної підтримки для медичних працівників, рятувальників та військовослужбовців. Рекомендовано впровадження тренінгів з управління стресом та розвитку емоційної компетентності для зниження рівня стресу та підвищення ефективності роботи в екстремальних умовах [28].

Монографія «Психологія надзвичайних ситуацій. Професійна діяльність лікаря-психолога в екстремальних умовах», що видана 2020 році колективом авторів кафедри медицини катастроф та військової медицини базується на теоріях психології катастроф та надзвичайних ситуацій, які розглядають вплив екстремальних умов на психоемоційний стан людини. Використовувалися анкети для збору даних про психоемоційний стан лікарів,

які працюють в умовах надзвичайних ситуацій та проводилися глибинні інтерв'ю з лікарями для отримання детальнішої інформації про їхні переживання та стратегії подолання стресу. Спостереження за роботою лікарів в екстремальних умовах проведено для оцінки їхньої поведінки та реакцій на стресові ситуації. В дослідженні приймали участь лікарі різних спеціальностей, які працюють в умовах надзвичайних ситуацій, таких як природні катастрофи, техногенні аварії та військові конфлікти. В результаті аналізу результатів показано, що екстремальні умови значно впливають на психоемоційний стан лікарів, викликаючи підвищений рівень тривожності та стресу. Основними стресогенними факторами були високий рівень робочого навантаження, недостатня підтримка з боку керівництва та колег, а також емоційне навантаження від спілкування з пацієнтами та їхніми родичами. Лікарі використовували різні стратегії саморегуляції, включаючи когнітивні та поведінкові техніки, для подолання стресу. Дослідження підкреслює необхідність впровадження програм психологічної підтримки для лікарів, які працюють в екстремальних умовах. Рекомендовано впровадження методів психологічної корекції та реабілітації, включаючи психологічні консультації, тренінги з управління стресом та розвиток емоційної компетентності. Це дослідження є важливим внеском у розуміння впливу екстремальних умов на психоемоційний стан лікарів та підкреслює необхідність впровадження заходів для підтримки їхнього психічного здоров'я [26].

«Дослідження особливостей саморегуляції психоемоційних станів у кризових ситуаціях» 2021 року авторів Волкової О. Г. та Жванія Т. В. базується на теоріях саморегуляції та стресу, які розглядають механізми управління емоціями та поведінкою в умовах підвищеного стресу. Авторами використовувалися анкети для збору даних про психоемоційний стан лікарів першої ланки, проводилися глибинні інтерв'ю з лікарями для отримання детальнішої інформації про їхні переживання та стратегії подолання стресу, а також різні психологічні тести для оцінки рівня стресу, емоційного виснаження та інших психоемоційних станів. В дослідженні прийняли участь

150 лікарів з різних регіонів України. Результати показали, що лікарі першої ланки часто стикаються з високим рівнем стресу та емоційного виснаження в кризових ситуаціях. Лікарі використовують різні стратегії саморегуляції, включаючи когнітивні та поведінкові техніки, для подолання стресу. Високий рівень саморегуляції сприяє зниженню рівня тривожності та підвищенню ефективності роботи в кризових ситуаціях. Дослідження підкреслює необхідність впровадження програм психологічної підтримки для лікарів першої ланки. Рекомендовано впровадження тренінгів з саморегуляції для зниження рівня стресу та покращення психоемоційного стану лікарів. Це дослідження є важливим внеском у розуміння механізмів саморегуляції психоемоційних станів лікарів першої ланки в кризових ситуаціях та підкреслює необхідність впровадження заходів для підтримки їхнього психічного здоров'я [6].

«Порівняльне перехресне дослідження, що оцінює психоемоційний стан лікарів і медсестер відділень інтенсивної терапії лікарень, пов'язаних з COVID-19», що опубліковане 2022 році групою авторів Артем Каштанов, Катерина Молоток та іншими базується на теоріях професійного стресу та професійного вигорання. В рамках дослідження проведено перехресне анонімне веб-опитування 1259-ти лікарів і медсестер відділень інтенсивної терапії з різних лікарень мегаполісу. Дослідження виявило високий рівень емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистих досягнень серед медичних працівників відділень інтенсивної терапії, із значними відмінностями між тими, хто працює в лікарнях, пов'язаних з COVID-19, і тих, хто не працює з COVID-19. Результати підкреслюють необхідність цілеспрямованих втручань для вирішення психоемоційних проблем, з якими стикаються медичні працівники відділень інтенсивної терапії [55].

Дослідження 2018 року «Передача емоцій, регуляція емоцій і пов'язані з емпатією процеси у взаємодії між лікарем і пацієнтом та їх зв'язок із самопочуттям лікаря: теоретична модель авторів Соня Вейленманн, Ульріх Шнідер та інших, пропонує теоретичну модель, засновану на передачі емоцій,

регуляції емоцій і процесах, пов'язаних з емпатією. Учасники – психіатри з різних закладів охорони здоров'я. Дослідження підкреслює важливість регулювання емоцій і емпатії для підтримки благополуччя лікаря та запобігання вигоранню. Показано, що спільне регулювання емоцій має вирішальне значення для підтримки здоров'я, розвитку стійкості та запобігання вигоранню серед лікарів [70].

В дослідженні «Регулювання емоцій і вигорання у лікарів: систематичний огляд» розглядається зв'язок між стратегіями регулювання емоцій і професійним вигоранням. Проведений систематичний огляд кількісних досліджень лікарів різних медичних установ. Визначено ключові стратегії регулювання емоцій, які пом'якшують вигорання, і підкреслює важливість навчання цим стратегіям. Показано, що регуляція емоцій є критичним фактором у запобіганні професійного вигорання серед лікарів.

Аналіз сучасних досліджень показує, що лікарі першої ланки використовують різні стратегії саморегуляції для подолання стресу, зокрема когнітивні та поведінкові техніки. Високий рівень саморегуляції сприяє зниженню рівня тривожності та підвищенню ефективності роботи в кризових ситуаціях. Основними стресогенними факторами є високий рівень робочого навантаження, недостатня підтримка з боку керівництва та колег, а також емоційне навантаження від спілкування з пацієнтами та їхніми родичами.

Дослідження також підкреслюють важливість розвитку емоційної компетентності та емпатії серед лікарів. Так, високий рівень емпатії знижує ризик емоційного вигорання, але також може бути фактором ризику при недостатній саморегуляції. Пандемія COVID-19 та інші екстремальні ситуації значно підвищили рівень тривожності та стресу серед лікарів, що вказує на необхідність впровадження програм психологічної підтримки та зниження робочого навантаження.

Рекомендації до отриманих результатів включають впровадження спеціальних програм для розвитку емоційної компетентності, тренінгів з управління стресом та емпатії, а також забезпечення адекватних умов праці та

підтримки з боку керівництва. Ці заходи можуть значно покращити психоемоційний стан лікарів та підвищити якість надання медичної допомоги. Впровадження таких програм є важливим кроком для забезпечення стійкості та ефективності медичних працівників у складних та екстремальних умовах.

2.3. Обґрунтування вибору методик дослідження психоемоційних станів лікарів першої ланки

Емоційний стан людини є важливим аспектом її психічного здоров'я та загального благополуччя. У сучасному світі, де стресові ситуації та психотравмуючі впливи є невід'ємною частиною життя, особливо важливо мати інструменти для оцінки та моніторингу емоційного стану. Це особливо актуально для лікарів першої ланки в Україні, які працюють в умовах воєнного стану. У цьому контексті методики, які обрані нами для вирішення завдань магістерської роботи: Самооцінка емоційних станів (Personal Feelings Scales, PFS), Методика оцінки психічної активації та емоційного тону, Шкала проявів тривоги Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS) та Методика діагностики рівня емоційного вигорання Віктора Бойко, відіграють ключову роль. Ці методики дозволяють оцінити різні аспекти емоційного стану, такі як радість, тривога, депресія, стрес, психічна активація, цікавість, емоційний тонус, напруга, комфортність та рівень емоційного вигорання.

Самооцінка емоційних станів (Personal Feelings Scales, PFS) – це опитувальник, розроблений американськими психологами А. Вессманом та Д. Ріксом для оцінки потокового емоційного стану. Оригінальна методика містить 15 шкал. Цей опитувальник використовується для вимірювання різних аспектів емоційного стану, таких як радість, тривога, депресія та інші емоційні реакції. Він допомагає виявити, як людина відчувається в даний момент, і може бути корисним інструментом для психологів у клінічній практиці та дослідженнях.

Методика надає результати за чотирма шкалами: радість, тривога, депресія, стрес (низький рівень: 0–3 бали, середній рівень: 4–6 балів, високий рівень: 7–10 балів).

Методика оцінки психічної активації та емоційного тону, розроблена на факультеті психології ЛДУ, базується на модифікованому стимульному матеріалі методики САН (самопочуття, активність, настрій). Вона оцінює такі психічні стани, як «психічна активація», «цікавість», «емоційний тонус», «напруга» і «комфортність». Методика включає 20 пар протилежних за змістом визначень, які характеризують різні психічні стани. Психічна активація відображає рівень енергії та готовності до дій. Цікавість оцінює рівень зацікавленості та мотивації до нових знань або діяльності. Емоційний тонус відображає загальний емоційний фон, настрій. Напруга оцінює рівень стресу та внутрішньої напруги. Комфортність відображає рівень задоволеності та комфорту. Низький рівень: 0–3 бали, середній рівень: 4–6 балів, високий рівень: 7–10 балів. Аналіз отриманих результатів проводиться шляхом зіставлення виміряних п'яти станів між собою, а також порівняння з даними інших досліджень. Це дозволяє виявити загальні тенденції та індивідуальні особливості емоційного стану досліджуваних.

Шкала проявів тривоги Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS) призначена для вимірювання рівня тривожності. Вона була розроблена американським психологом Джанет Тейлор у 1953 році і з тих пір широко використовується в практичній психології. Оригінальна версія: 50 тверджень. Основна шкала, що вимірює рівень тривожності (дуже високий рівень тривожності: 40–50 балів, високий рівень тривожності: 25–40 балів, середній рівень тривожності з тенденцією до високого: 15–25 балів, середній рівень тривожності з тенденцією до низького: 5–15 балів, низький рівень тривожності: 0–5 балів). Респондент відповідає на твердження, вибираючи «так» або «ні». Кожна відповідь, що свідчить про наявність тривожності, оцінюється в 1 бал. Підсумковий бал визначає рівень тривожності.

Методика діагностики рівня емоційного вигорання, запропонована Віктором Бойком, є інструментом для оцінки ступеня емоційного вигорання у професіоналів, які працюють у сфері взаємодії з людьми. Ця методика дозволяє виявити механізми психологічного захисту, що проявляються у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на психотравмуючі впливи. Методика включає 84 твердження, на які респондент відповідає «так» або «ні». Шкала «напруга» включає симптоми, пов'язані з переживанням травматичних обставин, незадоволеністю собою, відчуттям «загнаності у клітину», тривогою та депресією; «резистенція» відображає стійкість до стресу та включає симптоми, такі як емоційне відчуження, зниження професійної мотивації, емоційна економія та зниження рівня виконання обов'язків; «виснаження» включає симптоми, пов'язані з емоційним виснаженням, психосоматичними та психовегетативними порушеннями, а також зниженням загальної активності. Низький рівень: 0–30 балів, середній рівень: 31–60 балів, високий рівень: 61–84 бали. Респондент відповідає на твердження, вибираючи «так» або «ні». Кожна відповідь, що свідчить про наявність симптомів вигорання, оцінюється в 1 бал. Підсумковий бал визначає рівень емоційного вигорання. Результати аналізуються шляхом підрахунку балів за кожною з трьох фаз вигорання (напруга, резистенція, виснаження) та загального показника емоційного вигорання. Високі бали свідчать про значний рівень емоційного вигорання, що може негативно впливати на професійну діяльність та взаємодію з людьми.

Обрані нами для вирішення завдань магістерської роботи вищевказані методики дозволять виявити рівень тривожності, депресії, стресу, емоційного вигорання та інших емоційних реакцій, що є критично важливим для лікарів першої ланки, які працюють в умовах воєнного стану в Україні. Використання цих методик допоможе, на наш погляд, не лише виявити поточний емоційний стан, але й розробити стратегії для його покращення, що сприяє загальному благополуччю та ефективності професійної діяльності.

Висновки до другого розділу

Системний огляд наукових досліджень (Христук О. В., Іванова Т. М., Петренко І. В., Лазуренко О. О., Данилова В. В., Колісник А. М., Стародуб А. С., Старченкової В., Кравченко О. С., Кєрасіду А., Горн Р. та інших) спрямованих на визначення психоемоційних станів лікарів першої ланки виявляє низку чинників, які суттєво впливають на їх психічне здоров'я та ефективність роботи. Основними стресогенними факторами є підвищене робоче навантаження, відчутність належної підтримки від керівництва і колег, емоційне навантаження, зв'язок зі спілкуванням із пацієнтами та їхніми родичами, а також зростання інфікування страхом та передати інфекції близьким, що особливо посилилося під час пандемії COVID-19.

Дослідження підкреслюють, що лікарі першої ланки активно застосовують стратегії саморегуляції, зокрема когнітивні й поведінкові техніки, для зниження рівня тривожності та адаптації до кризових ситуацій. Високий рівень саморегуляції та розвитку емоційної компетентності, включаючи обізнаність про свої та чужі емоції, емпатію, самоконтроль і внутрішню мотивацію, сприяють кращій взаємодії з пацієнтами, покращують психоемоційний стан та знижують ризик емоційного вигорання. Водночас, висока емпатія, за відсутності достатньої саморегуляції, може підвищити ризик емоційного виснаження.

Аналіз сучасних досліджень: Садкового В. П., Тімченко О. В., Волкової О. Г., Жванія Т. В., Каштанов А., Молоток К., Вейленманн С., Шнідер У. що висвітлюють особливості психоемоційних станів лікарів першої ланки, підтверджують значний рівень стресу та емоційного вигорання, з якими стикаються медичні працівники в екстремальних умовах. Основними факторами, які посилюють стрес, є високий рівень робочого навантаження, недостатня підтримка зі сторони керівництва та колег, а також емоційне навантаження від спілкування з пацієнтами та їхніми родичами. Пандемія COVID-19 ще більше загострила ці проблеми, що вимагають додаткових ресурсів для збереження психічного здоров'я лікарів.

Результати досліджень показують, що лікарі активно використовують різні стратегії саморегуляції для зниження тривожності та підвищення ефективності в стресових ситуаціях. Такі техніки, як когнітивні та поведінкові методи саморегуляції, допомагають зменшити ризики емоційного вигорання. Високий рівень емоційної компетентності, що включає емпатію, регуляцію емоцій і соціальні навички, є також важливим для підтримки психологічного благополуччя медичних працівників. Проте висока емпатія, за слабкого належного рівня саморегуляції, може привести до вигорання.

Дослідження наголошують на необхідності впровадження інституційних програм програми психологічної підтримки, розвитку стресостійкості, зокрема тренінгів з управління емоціями, стресом, емпатією, розвиток емоційної компетентності, стрес-менеджмент та підтримки саморегуляції, а також надавати лікарям інституційну підтримку з боку керівництва. Особливо актуальними є рекомендації щодо створення психологічної підтримки, зменшення робочого навантаження та забезпечення лікарів індивідуального захисту. Реалізація цих рекомендацій сприятиме покращенню психоемоційного стану медичних працівників та підвищенню якості медичних послуг. Перспективи подальших досліджень підкреслюють необхідність подальших досліджень вивчення індивідуальних факторів стресостійкості, емоційної компетентності та адаптаційних стратегій, а також вказують на необхідності вивчення нових методів зниження стресу серед лікарів першої ланки, розробці більш ефективних інтервенцій для розвитку емоційної компетентності та дослідженого тривалого впливу екстремальних умов на психоемоційний стан медичних працівників. Подальше дослідження в цій сфері дозволить більш цілеспрямовано зрозуміти психоемоційні стани медичних працівників і сприяти розробці ефективних профілактичних та реабілітаційних програм, такі дослідження є особливо актуальним у світі тривалих кризових ситуацій, які залишаються частиною повсюдної практики лікарів.

На основі проведеного теоретико-методологічного аналізу наукової літератури обґрунтовано вибір методик емпіричного дослідження. Підкреслено, що особливо актуально мати інструменти для оцінки та моніторингу емоційного стану для лікарів першої ланки в Україні, які працюють в умовах воєнного стану, коли стресові ситуації та психотравмуючі впливи є невід'ємною частиною життя. У цьому контексті методики, які обрані нами для вирішення завдань нашої роботи: Самооцінка емоційних станів (Personal Feelings Scales, PFS), Методика оцінки психічної активації та емоційного тону, Шкала проявів тривоги Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS) та Методика діагностики рівня емоційного вигорання Віктора Бойко, відіграють ключову роль. Ці методики дозволяють оцінити різні аспекти емоційного стану, такі як радість, тривога, депресія, стрес, психічна активація, цікавість, емоційний тонус, напруга, комфортність та рівень емоційного вигорання. Використання цих методик допоможе, на наш погляд, не лише виявити поточний емоційний стан, але й розробити стратегії для його покращення, що сприяє загальному благополуччю та ефективності професійної діяльності.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛІКАРІВ ПЕРШОЇ ЛАНКИ В ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ

3.1. Первинний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу

Вибірку магістерської роботи становили респонденти дорослого та середнього віку, лікарі першої ланки: сімейні лікарі, терапевти та педіатри (усього 51 особа; 8 чоловіків та 43 жінки віком від 28 до 67 років).

Первинний статистичний аналіз отриманих даних [27] за методиками: Самооцінка емоційних станів (Personal Feelings Scales, PFS), Методика оцінки психічної активації та емоційного тону, Шкала проявів тривоги Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS) та Методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. Бойко) (докладно описано в Розділі 2.3.) подано в Таблиці 3.1.1.

Таблиця 3.1.1.

Первинні дані показників психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу (n=51)

Показник	N	MIN	MAX	$\bar{x}$	σ	CV, %	Mo	Me
Радість	51	0	10	4.41	2.91	66.0	1	4
Тривога	51	0	10	5.31	3.12	58.8	7	5
Депресія	51	0	10	5.02	3.12	62.2	8	5
Стрес	51	0	10	4.98	2.91	58.4	4	5
Психічна активація	51	0	10	4.29	2.91	67.8	2	4
Цікавість	51	0	10	4.55	2.91	64.0	3	4
Емоційний тонус	51	0	10	4.55	2.91	64.0	7	4
Напруга x	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4
Комфортність	51	0	10	4.55	2.91	64.0	6	4
Тривожність	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4
Напруга y	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4
Резистенція	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4
Виснаження	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4

Загальний рівень емоційного вигорання	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4
--	----	---	----	------	------	------	---	---

Примітка: $\bar{X}$ – середнє значення показника у вибірці; σ – середнє квадратичне відхилення; CV – коефіцієнт варіативності; Me – медіана; Mo – мода; max – максимальне значення показника у вибірці; min – мінімальне значення показника у вибірці.

Аналіз отриманих первинних даних дослідження надає можливість зробити певні висновки по описовим статистикам (див. Таблиця 3.1.1.). Результати первинного аналізу показників психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу ($n=51$) за методиками показують наступне:

1. Самооцінка емоційних станів (Personal Feelings Scales, PFS), що оцінює поточний емоційний стан за чотирма шкалами: радість, тривога, депресія та стрес. Результати показують, що середній рівень радості становить 4.41, тривоги – 5.31, депресії – 5.02, а стресу – 4.98. Це вказує на те, що лікарі першої ланки відчують помірний рівень радості та високий рівень тривоги, депресії та стресу;

2. Методика оцінки психічної активації та емоційного тону оцінює такі психічні стани, як психічна активація, цікавість, емоційний тонус, напруга та комфортність. Середні значення для цих показників становлять: психічна активація – 4.29, цікавість – 4.55, емоційний тонус – 4.55, напруга_x – 4.55, комфортність – 4.55. Це свідчить про те, що лікарі мають середній рівень психічної активації та цікавості, але відчують значну напругу та помірний рівень комфортності;

3. Шкала проявів тривоги Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS) вимірює рівень тривожності. Середній рівень тривожності серед лікарів становить 4.55, що вказує на середній рівень тривожності з тенденцією до високого.

4. Методика діагностики рівня емоційного вигорання (Віктор Бойко) оцінює ступінь емоційного вигорання за трьома фазами: напруга, резистенція та виснаження. Середні значення для цих показників становлять: напруга – 4.55, резистенція – 4.55, виснаження – 4.55. Загальний рівень емоційного вигорання становить 4.55, що вказує на середній рівень вигорання.

Таблиця 3.1.2.

Рівні прояву показників психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу (n=51)

Показник	Високий рівень, %	Середній рівень, %	Низький рівень, %
Радість	10	39	51
Тривога	59	29	12
Депресія	35	43	22
Стрес	55	33	12
Психічна активація	27	49	24
Цікавість	25	55	20
Емоційний тонус	28	43	29
Напруга_x	45	39	16
Комфортність	18	47	35
Тривожність	29	39	32
Напруга_y	31	49	20
Резистенція	29	55	16
Виснаження	37	39	24
Загальний рівень емоційного вигорання	39	43	18

Використовуючи методики оцінки емоційної сфери, такі як Самооцінка емоційних станів (PFS), методика оцінки психічної активації та емоційного тону, шкала проявів тривоги Тейлор (TMA5) та методика діагностики рівня

емоційного вигорання (В. Бойко), було визначено рівні радості, тривоги, депресії, стресу та інших показників.

Більшість лікарів (51%) відчують низький рівень радості, що може свідчити про загальну емоційну втому та стрес. Це вказує на необхідність заходів для підвищення емоційного благополуччя (Рис. 3.1.1.).

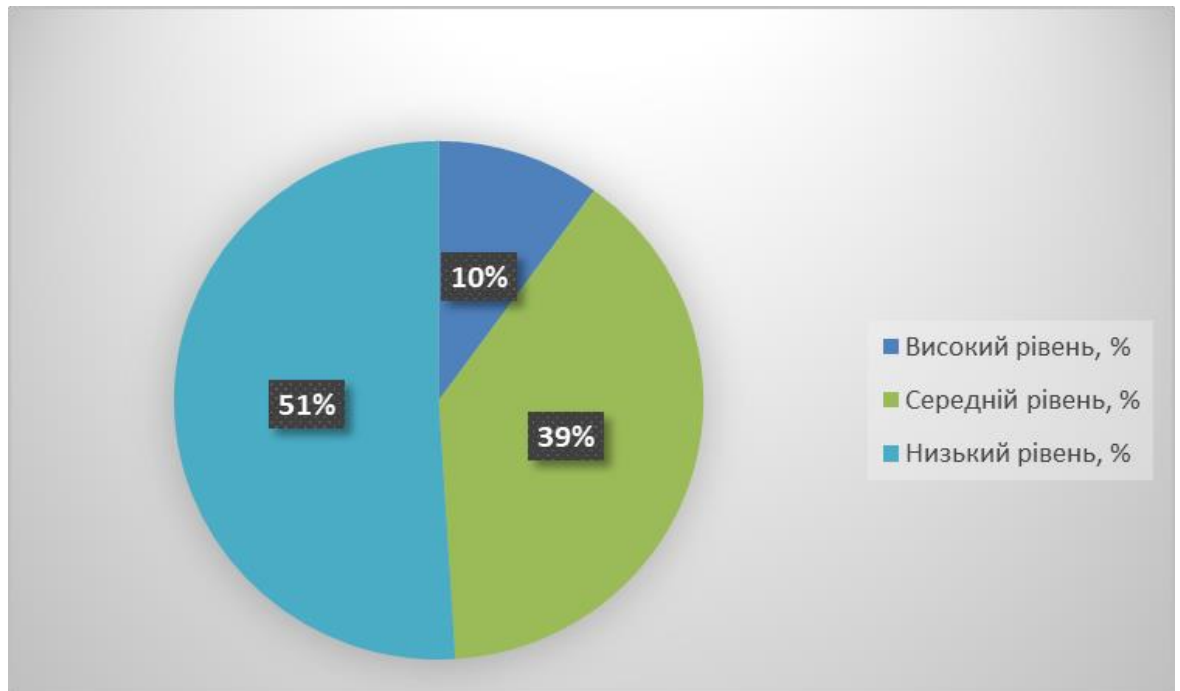


Рис. 3.1.1. Розподіл показника «радість» за методикою Самооцінка емоційних станів (PFS) серед учасників в досліджуваній групі (n=51).

Високий рівень тривоги у 59% лікарів вказує на значний стрес та занепокоєння, що може впливати на їхню професійну діяльність. Це підкреслює важливість психологічної підтримки та заходів для зниження тривоги (Рис. 3.1.2.).

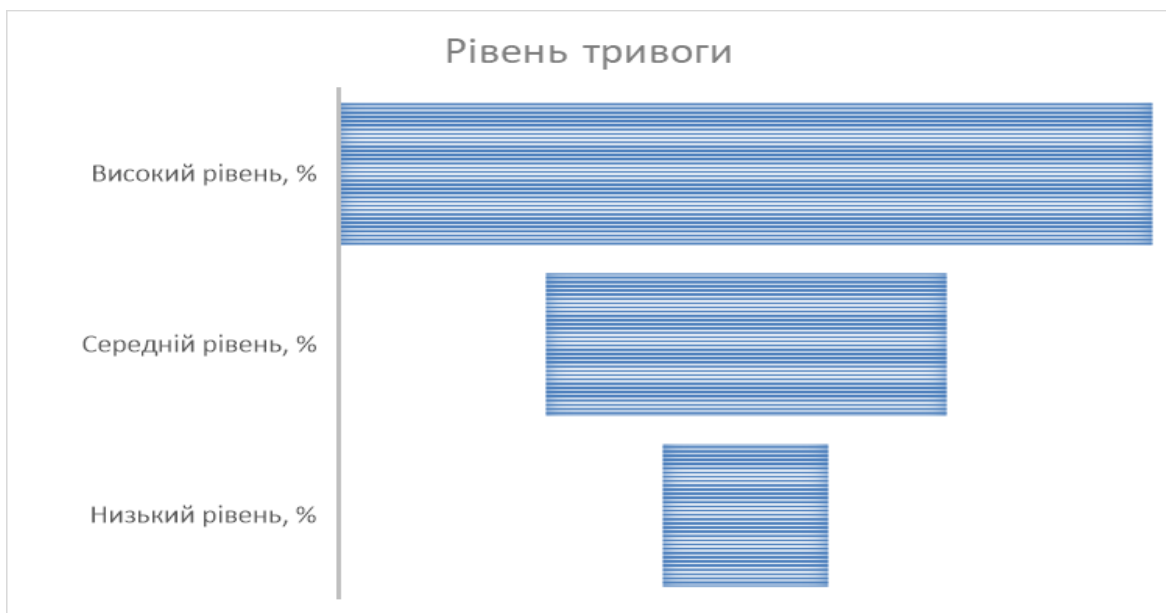


Рис. 3.1.2. Розподіл показника «тривога» за методикою Самооцінка емоційних станів (PFS) серед учасників в досліджуваній групі (n=51).

Більшість лікарів мають середній або високий рівень депресії, що свідчить про емоційне виснаження та потребу в підтримці. Це вказує на необхідність втручання для покращення емоційного стану (Рис. 3.1.3.).

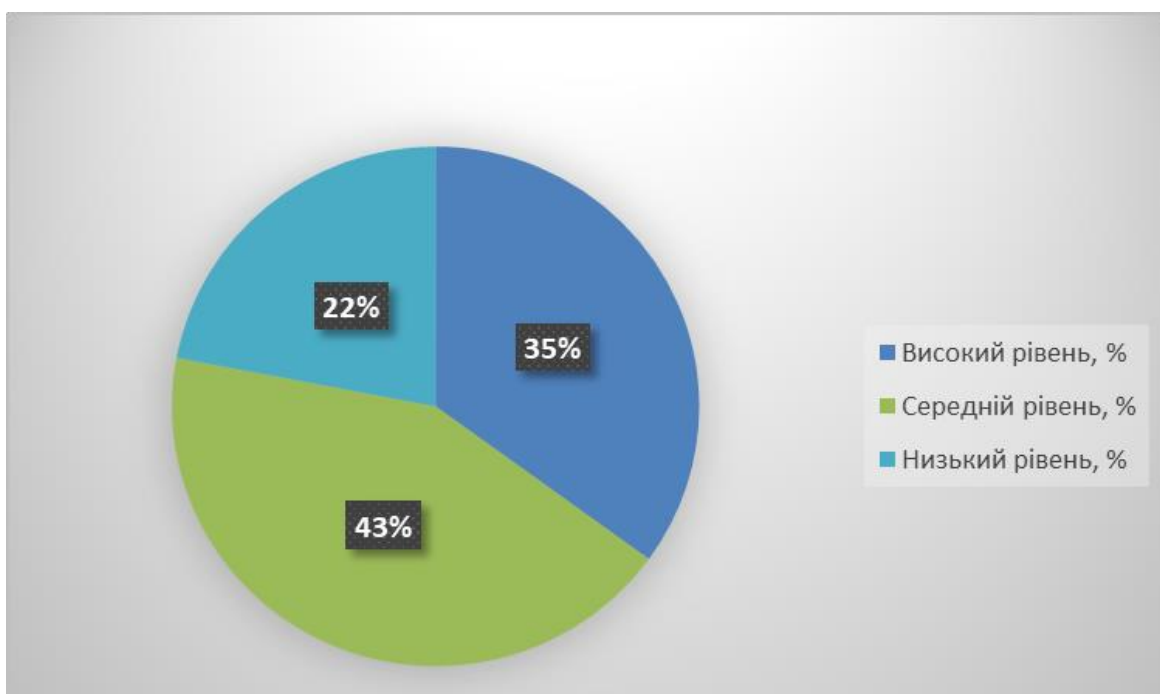


Рис. 3.1.3. Розподіл показника «депресія» за методикою Самооцінка емоційних станів (PFS) серед учасників в досліджуваній групі (n=51).

Високий рівень стресу у 55% лікарів вказує на значний тиск та навантаження в умовах воєнного часу. Це підкреслює важливість заходів для зниження стресу та підтримки лікарів (Рис. 3.1.4.).

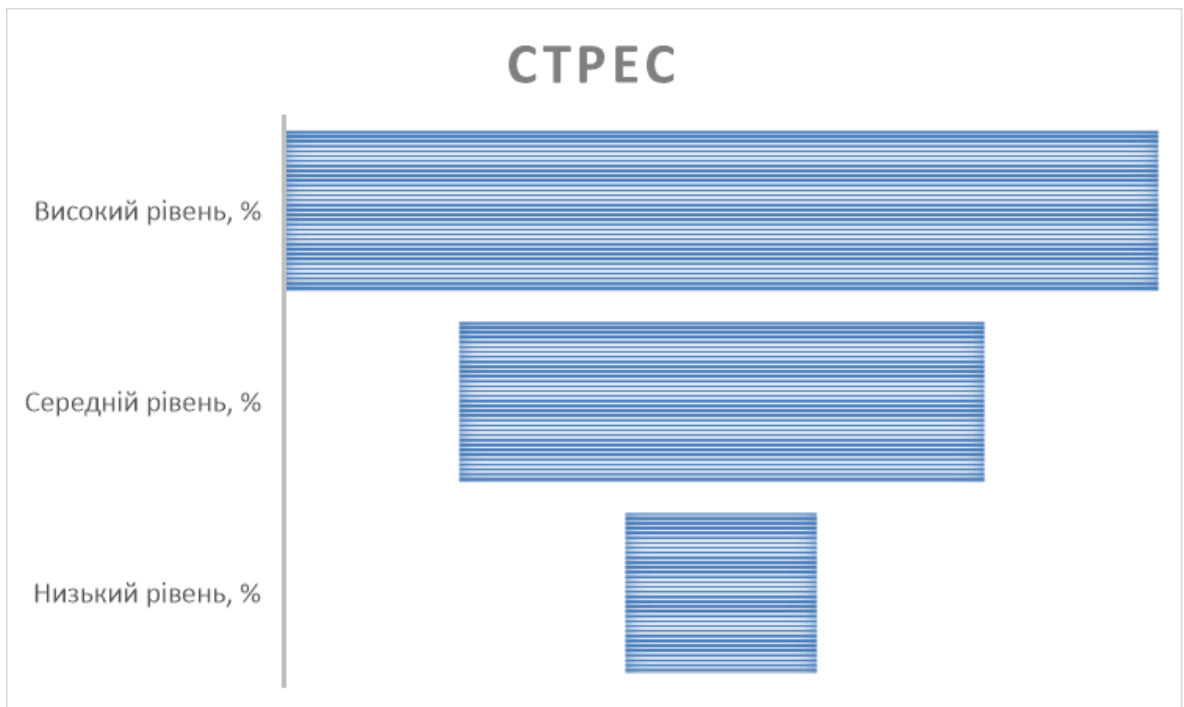


Рис. 3.1.4. Розподіл показника «стрес» за методикою Самооцінка емоційних станів (PFS) серед учасників в досліджуваній групі (n=51).

Більшість лікарів мають середній рівень психічної активації, що свідчить про помірний рівень енергії та готовності до дій. Це вказує на збереження мотивації до роботи.

Середній рівень цікавості у більшості лікарів вказує на збереження мотивації до нових знань та діяльності. Це позитивний показник, який свідчить про інтерес до професійного розвитку.

Більшість лікарів мають середній рівень емоційного тону, що свідчить про стабільний емоційний фон. Це вказує на відносну емоційну стабільність.

Високий рівень напруги у 45% лікарів вказує на значний рівень стресу та внутрішньої напруги. Це підкреслює необхідність заходів для зниження напруги (Рис. 3.1.5.).

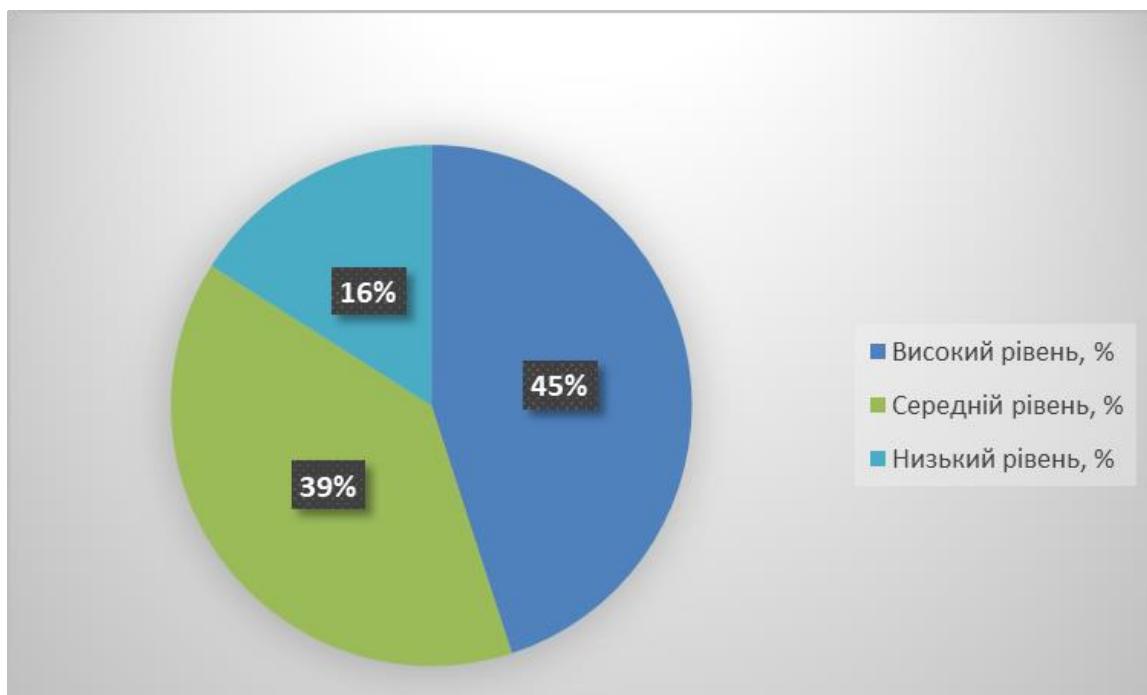


Рис. 3.1.5. Розподіл показника «напруга» за Методикою оцінки психічної активації та емоційного тону серед учасників в досліджуваній групі (n=51).

Більшість лікарів мають середній рівень комфортності, що свідчить про помірний рівень задоволеності та комфорту. Це вказує на необхідність покращення умов праці.

Високий рівень тривожності у 29% лікарів вказує на значний рівень занепокоєння. Це підкреслює важливість заходів для зниження тривожності (Рис.3.1.6.).

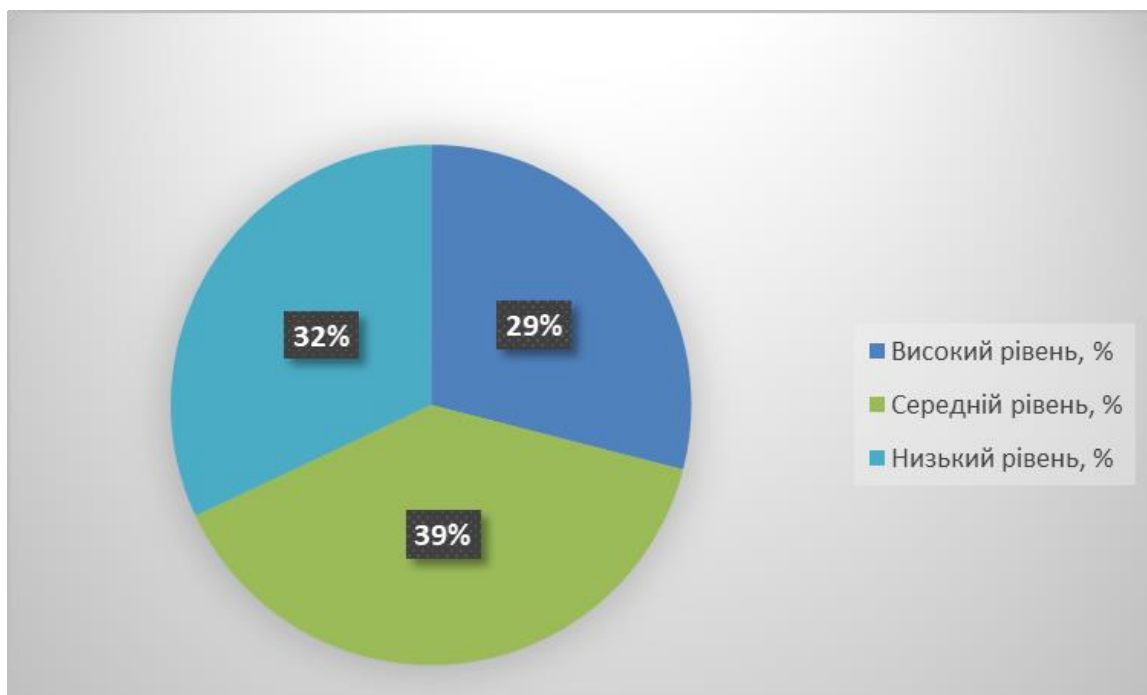


Рис. 3.1.6. Розподіл показника «тривожність» за Шкалою проявів тривоги Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS) серед учасників в досліджуваній групі (n=51).

Більшість лікарів мають середній рівень напруги, що свідчить про помірний рівень стресу. Це вказує на необхідність підтримки для зниження напруги.

Більшість лікарів мають середній рівень резистентії, що свідчить про помірну стійкість до стресу. Це вказує на необхідність заходів для підвищення стійкості до стресу.

Високий рівень виснаження у 37% лікарів вказує на значний рівень емоційного виснаження. Це підкреслює необхідність заходів для зниження виснаження (Рис. 3.1.7.).

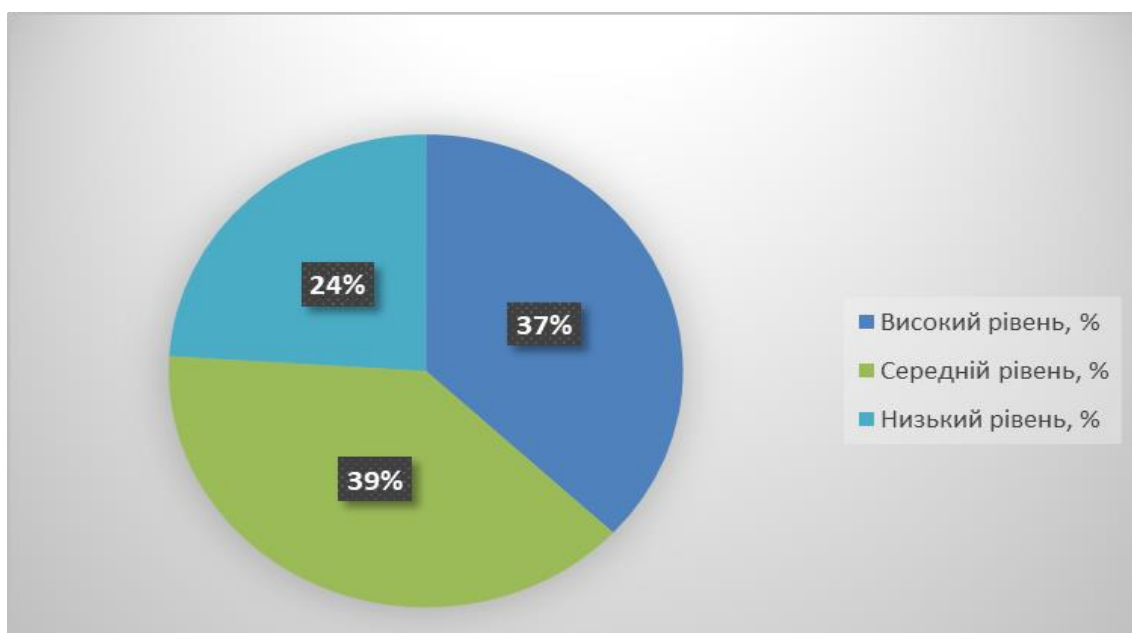


Рис. 3.1.7. Розподіл показника «виснаження» за Методика діагностики рівня емоційного вигорання серед учасників в досліджуваній групі (n=51).

Більшість лікарів мають середній або високий рівень емоційного вигорання, що свідчить про необхідність підтримки та заходів для зниження стресу та покращення емоційного стану (Рис. 3.1.8.).

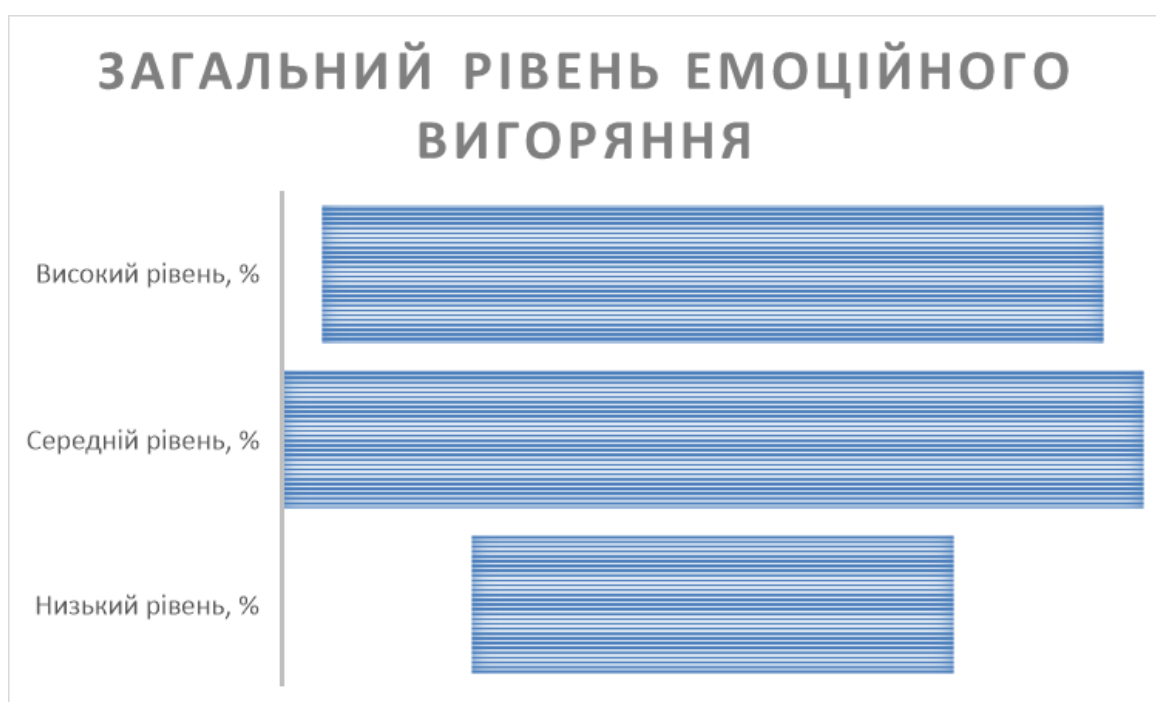


Рис. 3.1.8. Розподіл показника «загального показника емоційного вигорання» за Методика діагностики рівня емоційного вигорання серед учасників в досліджуваній групі (n=51).

Отже, первинний статистичний аналіз, засвідчив, що лікарі першої ланки в період воєнного часу відчують високий рівень тривоги, депресії та стресу, що може негативно впливати на їхню професійну діяльність та взаємодію з пацієнтами. Вони також мають середній рівень психічної активації та цікавості, але відчують значну напругу та помірний рівень комфортності. Загальний рівень емоційного вигорання є середнім, що свідчить про необхідність підтримки та заходів для зниження стресу та покращення емоційного стану лікарів.

3.2. Кореляційний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу

Для обробки отриманих результатів дослідження було використано програму SPSS-21 за допомогою якого на всіх етапах статистичного аналізу нами зроблено огляд даних, створено таблиці і вираховувалась статистика. Так, кореляційний аналіз – це перевірка гіпотез про зв'язки між змінними з використанням коефіцієнта кореляції. Коефіцієнт кореляції Пірсона може бути застосованим для вивчення взаємозв'язку двох метричних змінних, та визначає наскільки пропорційна їх змінність.

Також за допомогою цього виду аналітичної статистики нами встановлено наявність статистично значимого зв'язку між показниками психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу.

Таблиця 3.2.1.

Статистично достовірні психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу (n=51)

	Радість	Тривога	Депресія	Стрес	Цікавість	Емоційний тонус	Напруга	Комфортність	Тривожність	Напруга	Виснаження	Заг. рівень емоц. вигоряння
Радість	1	-,728**										-,352**
Тривога	-,728**	1	,452**	,417**						,312**		,576**
Депресія		,452**	1								,247**	
Стрес		,417**		1	-,281*				,207**		,539**	,834**
Цікавість				-,281*	1							
Емоційний тонус						1	,288**					
Напруга						,288**	1					
Комфортність								1	-,386**			
Тривожність				,207**				-,386**	1		,821**	,634*
Напруга		,312**								1	,359**	
Виснаження			,247**	,539**					,821**	,359**	1	,728**
Заг. рівень емоц. вигорян.	-,352**	,576**		,834**					,634*		,728**	1

Примітка: * – кореляція статистично достовірна на рівні $p=0,05$;

** – кореляція статистично достовірна на рівні $p=0,01$.

Отримані нами дані статистично значущих зв'язків (на рівні $p=0,05$ та $p=0,01$) досліджуваних показників дають змогу зробити наступні попередні висновки (Таблиця 3.2.1.) відповідно до кореляції показників:

- радість має зворотню кореляцію з тривогою ($r = -0.728$), що означає, що підвищення рівня радості знижує рівень тривоги; радість та загальний рівень емоційного вигоряння ($r = -0.352$) також мають негативну кореляцію, що вказує на те, що високий рівень радості знижує рівень емоційного вигоряння;

- тривога має зворотній зв'язок з радістю ($r = -0.728$), що означає, що підвищення рівня тривоги знижує рівень радості; тривога та депресія ($r = 0.452$) мають позитивну кореляцію, тобто підвищений рівень тривоги часто

супроводжується підвищеним рівнем депресії; стрес ($r = 0.417$) пов'язаний позитивною кореляцією з тривогою, тобто високий рівень тривоги часто супроводжується високим рівнем стресу; тривожністю ($r = 0.576$), що свідчить про те, що високий рівень тривоги часто супроводжується високим рівнем тривожності; напругою_y ($r = 0.312$), тобто підвищений рівень тривоги часто супроводжується підвищеною напругою; загальним рівнем емоційного вигоряння ($r = 0.576$), що свідчить про те, що високий рівень тривоги підвищує ризик емоційного вигоряння;

- депресія має позитивну кореляцію з тривогою ($r = 0.452$), тобто про те, що підвищений рівень депресії часто супроводжується підвищеним рівнем тривоги; виснаженням ($r = 0.247$), що вказує на те, що підвищений рівень депресії може супроводжуватися виснаженням;

- стрес позитивно пов'язаний з тривогою ($r = 0.417$), тобто високий рівень стресу часто супроводжується високим рівнем тривоги; негативно пов'язаний з цікавістю ($r = -0.281$), що вказує на те, що підвищений рівень стресу знижує рівень цікавості; тривожністю ($r = 0.207$), тобто високий рівень стресу часто супроводжується високим рівнем тривожності; виснаженням ($r = 0.539$), що вказує на те, що високий рівень стресу часто супроводжується виснаженням; загальним рівнем емоційного вигоряння ($r = 0.834$) – дуже висока позитивна кореляція, що свідчить про те, що високий рівень стресу значно підвищує ризик емоційного вигоряння;

- цікавість негативно корелює зі стресом ($r = -0.281$), що вказує на те, що підвищений рівень цікавості знижує рівень стресу;

- емоційний тонус позитивно корелює з напругою_x ($r = 0.288$), що вказує на те, що підвищений емоційний тонус може супроводжуватися підвищеною напругою;

- комфортність негативно корелює з тривожністю ($r = -0.386$) що вказує на те, що підвищений рівень комфортності знижує рівень тривожності;

- тривожність позитивно корелює зі стресом ($r = 0.207$), тобто підвищений рівень тривожності часто супроводжується підвищеним рівнем

стресу; комфортністю ($r = -0.386$) – негативна кореляція, що вказує на те, що підвищений рівень тривожності знижує рівень комфортності; виснаженням ($r = 0.821$) – позитивна кореляція, що свідчить про те, що підвищений рівень тривожності часто супроводжується виснаженням; загальним рівнем емоційного вигорання ($r = 0.634$), тобто підвищений рівень тривожності підвищує ризик емоційного вигорання;

- напруга_у позитивно корелює з тривогою ($r = 0.312$), що означає те, що підвищений рівень напруги_у часто супроводжується підвищеним рівнем тривоги; загальним рівнем емоційного вигорання ($r = 0.359$): – позитивна кореляція означає те, що підвищений рівень напруги_у підвищує ризик емоційного вигорання;

- виснаження позитивно корелює з депресією ($r = 0.247$) тобто підвищений рівень виснаження часто супроводжується підвищеним рівнем депресії; тривожністю ($r = 0.821$), що підтверджує – підвищений рівень виснаження часто супроводжується підвищеним рівнем тривожності; загальним рівнем емоційного вигорання ($r = 0.728$) – висока позитивна кореляція, що свідчить про те, що підвищений рівень виснаження підвищує ризик емоційного вигорання.

Загальний рівень емоційного вигорання має найбільшу кількість кореляційних взаємозв'язків з показниками емоційної сфери:

- негативно корелює з радістю ($r = -0.352$), що показує – підвищений рівень радості знижує рівень емоційного вигорання. Це може бути пов'язано з тим, що позитивні емоції допомагають знижувати вплив стресових факторів і покращують загальний емоційний стан;

- позитивна кореляція з тривогою ($r = 0.576$) підтверджує, що підвищений рівень тривоги підвищує ризик емоційного вигорання. Це узгоджується з теоріями, які вказують на те, що тривога може виснажувати емоційні ресурси;

- дуже висока позитивна кореляція зі стресом ($r = 0.834$) свідчить про те, що високий рівень стресу значно підвищує ризик емоційного вигорання. Це

може бути пов'язано з тим, що тривалий стрес призводить до виснаження ресурсів і емоційного вигоряння;

- позитивна кореляція з тривожністю ($r = 0.634$) вказує на те, що підвищений рівень тривожності підвищує ризик емоційного вигоряння. Це може бути пов'язано з тим, що тривожність вимагає значних емоційних ресурсів, що призводить до виснаження;

- позитивна кореляція з напругою_у ($r = 0.359$) вказує на те, що підвищений рівень напруги_у підвищує ризик емоційного вигоряння. Це може бути пов'язано з тим, що тривала напруга виснажує емоційні ресурси;

- висока позитивна кореляція з виснаженням ($r = 0.728$) свідчить про те, що підвищений рівень виснаження підвищує ризик емоційного вигоряння. Це узгоджується з теоріями, які вказують на те, що виснаження є результатом тривалого стресу і напруги.

Отже, результати кореляційного аналізу психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу дозволяють зробити попередні висновки:

1. Сильна негативна кореляція між радістю і тривогою свідчить про те, що підвищення рівня радості знижує рівень тривоги. Це підкреслює важливість підтримки позитивних емоцій для зниження тривожності серед лікарів.

2. Позитивна кореляція між тривогою і депресією вказує на те, що підвищений рівень тривоги часто супроводжується підвищеним рівнем депресії. Це свідчить про необхідність комплексного підходу до зниження тривоги та депресії.

3. Позитивна кореляція між тривогою і стресом вказує на те, що високий рівень тривоги часто супроводжується високим рівнем стресу. Це підкреслює важливість управління стресом для зниження тривожності.

4. Дуже висока позитивна кореляція між стресом і емоційним вигорянням свідчить про те, що високий рівень стресу значно підвищує ризик емоційного вигоряння. Це підкреслює необхідність впровадження стратегій для зниження стресу з метою запобігання вигорянню.

5. Негативна кореляція між цікавістю і стресом вказує на те, що підвищений рівень цікавості може знижувати рівень стресу. Це свідчить про важливість підтримки мотивації та цікавості для зниження стресу.

6. Позитивна кореляція між емоційним тонусом і напругою вказує на те, що підвищений емоційний тонус може супроводжуватися підвищеною напругою. Це підкреслює необхідність балансування емоційного тонусу для зниження напруги.

7. Негативна кореляція між комфортністю і тривожністю вказує на те, що високий рівень комфортності знижує рівень тривожності. Це свідчить про важливість створення комфортних умов для зниження тривожності.

8. Висока позитивна кореляція між тривожністю і виснаженням свідчить про те, що високий рівень тривожності часто супроводжується виснаженням. Це підкреслює необхідність зниження тривожності для запобігання виснаженню.

9. Негативна кореляція між емоційним вигорянням і радістю вказує на те, що високий рівень емоційного вигоряння знижує рівень радості. Це підкреслює важливість запобігання вигорянню для підтримки позитивних емоцій.

10. Позитивна кореляція між тривогою і напругою свідчить про те, що підвищений рівень тривоги часто супроводжується підвищеною напругою. Це підкреслює необхідність зниження тривоги для зменшення напруги.

11. Позитивна кореляція між напругою і емоційним вигорянням вказує на те, що підвищена напруга може сприяти емоційному вигорянню. Це свідчить про важливість управління напругою для запобігання вигорянню.

12. Висока позитивна кореляція між виснаженням і емоційним вигорянням вказує на те, що виснаження є ключовим компонентом емоційного вигоряння. Це підкреслює важливість запобігання виснаженню для зниження ризику вигоряння.

Ці висновки підкреслюють важливість комплексного підходу до підтримки психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки, особливо в умовах

високого стресу і навантаження під час воєнного часу. Впровадження стратегій для зниження стресу, тривоги, а також підтримка позитивних емоцій і цікавості можуть значно покращити їх емоційний стан і запобігти вигорянню.

3.3. Корекційна програма спрямована на підтримку психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки в умовах воєнного часу.

Згідно отриманих даних нашого емпіричного дослідження, а також розглянутих вище в перших двох розділах нами буде запропонована корекційна програма, спрямована на підтримку психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки в умовах воєнного часу.

Під час воєнного часу лікарі першої ланки стикаються з надзвичайно високим рівнем стресу та емоційного навантаження. Вони працюють в умовах постійної небезпеки, нестачі ресурсів та високої відповідальності за життя пацієнтів. Це може призводити до розвитку тривоги, депресії, емоційного вигоряння та інших психоемоційних проблем. Для підтримки їхнього психоемоційного здоров'я необхідно впроваджувати комплексні підходи, які включають різні стратегії зниження стресу, підтримки позитивних емоцій та запобігання вигорянню. Нижче наведено детальний план психокорекції, спрямований на підтримку психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки в умовах воєнного часу.

По-перше, оцінка та моніторинг психоемоційного стану, що включає регулярні опитування та оцінки та індивідуальні консультації. Використання стандартизованих опитувальників, таких як Шкали особистих почуттів (PFS), шкала прояву тривоги Тейлора (TMAS), та методики діагностики рівня емоційного вигоряння, дозволяє регулярно оцінювати психоемоційний стан лікарів. Це допомагає виявляти ранні ознаки стресу, тривоги та вигоряння, а також оцінювати ефективність впроваджених заходів. Відносно проведення регулярних індивідуальних консультацій з психологами у лікарів з'являється можливість отримувати персоналізовану підтримку та рекомендації. Це

сприяє більш точному виявленню проблем та розробці індивідуальних планів корекції.

По-друге, зниження стресу, що може бути реалізовано в техніках релаксації та фізичній активності, а також в організації робочого часу. Впровадження технік релаксації, таких як глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація, медитація та йога, допомагає знижувати рівень стресу та покращувати загальний емоційний стан. Ці техніки сприяють зниженню фізіологічних реакцій на стрес та покращенню самопочуття. Регулярна фізична активність, така як ходьба, біг, плавання або заняття спортом, допомагає знижувати рівень стресу та покращувати загальний стан здоров'я. Фізичні вправи сприяють виробленню ендорфінів, які покращують настрій та знижують рівень стресу. Впровадження гнучкого графіку роботи та перерв для відпочинку допомагає зменшити навантаження та запобігти перевтомі. Важливо забезпечити лікарям можливість відпочивати та відновлювати сили протягом робочого дня.

В-третьє, зниження тривоги може бути досягнуто з використанням когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), технік управління тривогою, підтримкою соціальних зв'язків. Використання КПТ для роботи з негативними думками та переконаннями, що сприяють тривозі, допомагає знижувати рівень тривоги. КПТ навчає лікарів розпізнавати та змінювати негативні мисленнєві патерни, що сприяють тривозі. Навчання технік управління тривогою, таких як візуалізація, техніки заземлення та самозаспокоєння, допомагає лікарям знижувати рівень тривоги в стресових ситуаціях. Ці техніки сприяють зниженню фізіологічних реакцій на тривогу та покращенню емоційного стану. Заохочення до підтримки соціальних зв'язків та участі в групах підтримки допомагає знижувати почуття ізоляції та тривоги. Соціальна підтримка є важливим фактором у зниженні рівня тривоги та покращенні емоційного стану.

По-четверте, підтримка позитивних емоцій може включати позитивну психологію, активності, що приносять задоволення та підтримку емоційного

благополуччя. Використання технік позитивної психології, таких як ведення щоденника вдячності, фокусування на позитивних аспектах життя та досягненнях, допомагає підтримувати позитивні емоції. Ці техніки сприяють покращенню загального емоційного стану та зниженню рівня стресу. Заохочення до участі в активностях, які приносять задоволення та радість, таких як хобі, творчість та соціальні заходи, допомагає підтримувати позитивні емоції. Важливо забезпечити лікарям можливість займатися тим, що приносить їм задоволення. Проведення тренінгів та семінарів з емоційного інтелекту та управління емоціями допомагає лікарям краще розуміти та управляти своїми емоціями. Це сприяє покращенню загального емоційного стану та зниженню рівня стресу.

В-п'яте, підтримка цікавості та мотивації, що може бути реалізована через професійний розвиток, інноваційні проекти, менторство та наставництво. Заохочення до участі в програмах професійного розвитку, семінарах та конференціях допомагає підтримувати цікавість та мотивацію до роботи. Професійний розвиток сприяє підвищенню кваліфікації та задоволенню від роботи. Створення можливостей для участі в інноваційних проектах та дослідженнях допомагає стимулювати цікавість та мотивацію. Інноваційні проекти сприяють розвитку нових навичок та підвищенню професійної задоволеності. Впровадження програм менторства та наставництва допомагає підтримувати професійний розвиток та мотивацію лікарів. Менторство сприяє передачі знань та досвіду, а також підтримці в складних ситуаціях.

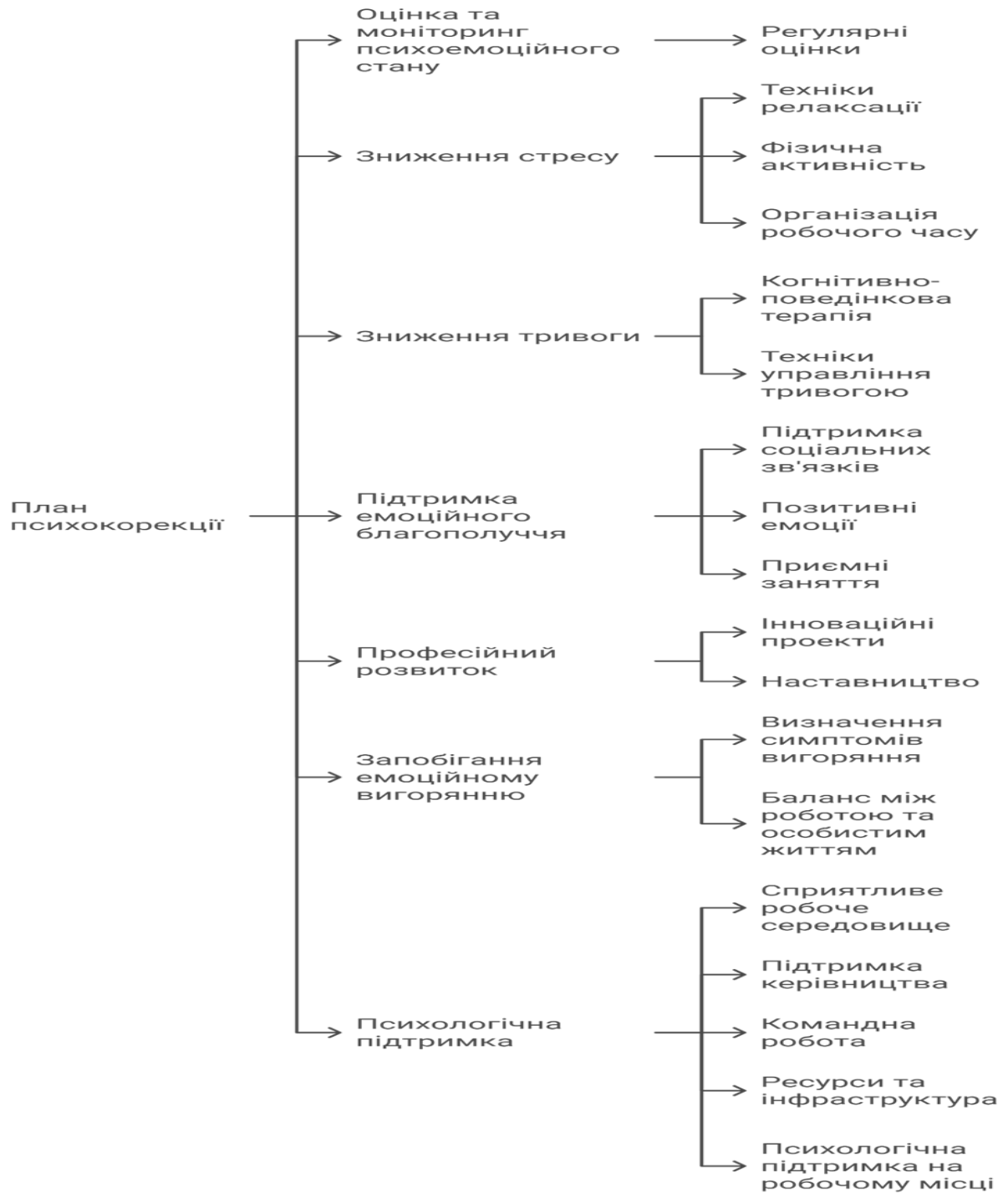


Рис. 3.3.1. План психокорекції спрямований на всебічну підтримку лікарів першої ланки.

В-шостих, запобігання емоційному вигорянню, що реалізується в своєчасному розпізнаванні симптомів вигорання, підтримці балансу робота – життя та психологічній підтримці. Навчання лікарів розпізнавати ранні симптоми емоційного вигорання та вживати заходів для їх запобігання допомагає знижувати ризик вигорання. Важливо вчасно виявляти ознаки

вигоряння та вживати відповідних заходів. Заохочення до підтримки здорового балансу між роботою та особистим життям допомагає знижувати ризик емоційного вигоряння. Важливо забезпечити лікарям можливість відпочивати та проводити час з родиною та друзями. Забезпечення доступу до психологічної підтримки та консультацій для лікарів, які відчують симптоми вигоряння, допомагає знижувати ризик вигоряння. Психологічна підтримка сприяє покращенню емоційного стану та зниженню рівня стресу.

В-сьоме, створення підтримуючого робочого середовища що може бути проявлене в підтримці з боку керівництва, командній роботі, ресурсах та інфраструктурі, психологічній підтримці на робочому місці, програмі з управління стресом. Забезпечення підтримки з боку керівництва та створення відкритої комунікації для обговорення проблем та потреб лікарів допомагає знижувати рівень стресу та покращувати робоче середовище. Важливо, щоб керівництво було відкритим до зворотного зв'язку та підтримувало своїх співробітників. Заохочення до командної роботи та взаємодопомоги серед колег допомагає знижувати навантаження та підтримувати один одного. Командна робота сприяє створенню позитивного робочого середовища та зниженню рівня стресу. Забезпечення необхідних ресурсів та інфраструктури для ефективного виконання роботи допомагає знижувати рівень стресу та покращувати робоче середовище. Важливо, щоб лікарі мали доступ до сучасного обладнання, медикаментів та інших необхідних ресурсів для виконання своїх обов'язків. Це знижує навантаження та підвищує ефективність роботи. Організація регулярних групових сесій з психологами або психотерапевтами на робочому місці може допомогти лікарям обговорювати свої проблеми та отримувати підтримку від колег. Це сприяє створенню атмосфери довіри та взаємодопомоги. Впровадження програм з управління стресом, які включають тренінги та семінари з технік релаксації, управління часом та емоційного інтелекту, допомагає лікарям краще справлятися зі стресовими ситуаціями. Це підвищує їхню стійкість до стресу та покращує загальний емоційний стан.

Комплексний підхід до підтримки психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки включає регулярний моніторинг стану, впровадження технік зниження стресу та тривоги, підтримку позитивних емоцій та цікавості, а також запобігання емоційному вигорянню. Важливо створити підтримуюче робоче середовище та забезпечити доступ до необхідних ресурсів і психологічної підтримки. Цей підхід допоможе покращити емоційний стан лікарів та підвищити їхню ефективність у складних умовах воєнного часу.

Висновки до третього розділу

Первинний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу було побудовано на респондентах дорослого та середнього віку, лікарі першої ланки: сімейні лікарі, терапевти та педіатри (усього 51 особа; 8 чоловіків та 43 жінки віком від 28 до 67 років). Аналіз отриманих даних базувався на проведених методиках: Самооцінка емоційних станів (PFS), Методика оцінки психічної активації та емоційного тону, Шкала проявів тривоги Тейлор (TMAS) та Методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. Бойко).

На основі проведеного аналізу психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу можна зробити такі висновки. Лікарі демонструють значний рівень тривоги ($x=5,31$), депресії ($x=5,02$) і стресу ($x=4,98$), що є суттєвим фактором ризику їх емоційного вигорання та знижує професійну ефективність. Це вказує на високий рівень стресового навантаження та потребу в психологічній підтримці, зокрема в умовах воєнного часу, коли загальний емоційний фон нестабільний.

Виявлені середні значення для показників психічної активації ($x=4,29$), цікавості ($x=4,55$), емоційного тону ($x=4,55$), напруги ($x=4,55$), комфортності ($x=4,55$). Це свідчить про те, що лікарі мають середній рівень психічної активації та цікавості, але відчувають значну напругу та помірний рівень комфортності.

Лікарі мають низький рівень радості та високий рівень емоційного вигорання на що вказують: низький рівень радості у 51% опитаних та високий рівень душевного вигорання – 39%. Такий стан може негативно позначатися на психологічному здоров'ї, що вимагає створення додаткових заходів з підтримки мотивації та емоційної стійкості.

Виявлена потреба в покращенні робочих умов, оскільки виявлено у більшості лікарів середній рівень комфорту у 47%, що свідчить про відсутність

поліпшення умов праці, останні впливають на рівень стресу та тривожності, які у свою чергу підвищують ризик емоційного вигорання.

Також виявлено стабільний середній рівень психічної активації (49 %) та інтересу (55%) свідчать про те, що лікарі загалом зберігають бажання до професійного розвитку та мотивацію до роботи. Це є позитивним показником, який варто підтримувати через програми професійного навчання і розвитку.

Значна частина лікарів має високий рівень напруження (45%), що є ознакою постійного внутрішнього напруження і стресу, що має ризик критичного визнавання. Це вказує на необхідність включення практики стрес-менеджменту в їхню роботу.

Виявлений середній рівень тривоги з тенденцією до високого (59 %) та високий рівень тривожності у 29% лікарів підкреслює необхідні розробки психологічних втручань для зниження рівня занепокоєння. Це можна включати як групову, так і індивідуальну роботу з психологом, що покращує їхню емоційну стійкість.

Понад третини лікарів (37%) має високий рівень емоційного виснаження, що є показником високого навантаження. Це вимагає впровадження заходів для зниження виснаження та розвитку резистентності, наприклад, через тренінги з емоційного відновлення та роботи над стресостійкістю.

Таким чином, результати дослідження показують, що лікарі першої ланки в період воєнного часу відчують високий рівень тривоги (59 %), депресії (35 %) та стресу (55 %), що може негативно впливати на їхню професійну діяльність та взаємодію з пацієнтами. Вони також мають середній рівень психічної активації (49 %) та цікавості (55 %), але відчують значну напругу (високий рівень у 45 %) та помірний рівень комфортності (47 %). Загальний рівень емоційного вигорання є середнім (43 %), що свідчить про необхідність підтримки та заходів для зниження стресу та покращення емоційного стану лікарів.

Для подальшої обробки отриманих результатів дослідження було використано програму SPSS-21 за допомогою якого на всіх етапах статистичного аналізу нами зроблено огляд даних, створено таблиці і вираховувалась статистика (за методом кореляції Пірсона). Результати кореляційного аналізу психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу вказують на тісний взаємозв'язок між позитивними емоціями, тривогою, депресією, стресом, тривожністю, напругою та емоційним визнанням. Основні висновки з аналізу полягають у наступному:

1. Вплив радості на психоемоційний стан: Радість виявилася пов'язаною зі зниженням тривоги ($r = -0,728$) і рівня емоційного горіння ($r = -0,352$). Це відомо про те, що позитивні емоції можуть служити буфером проти негативних станів, знижуючи їх інтенсивність.

2. Роль тривоги: Тривога має найбільше кореляційних зв'язків із негативними психоемоційними станами. Вона позитивно пов'язана з депресією ($r = 0,452$), стресом ($r = 0,417$), напругою ($r = 0,312$) та загальним рівнем емоційного вигорання ($r = 0,576$). Це підкреслює, що підвищена тривога посилює інші негативні стани, створюючи значний ризик емоційного виснаження.

3. Кореляція стресу з емоційним стимулюванням: Стрес має дуже високу позитивну кореляцію з емоційним вигоранням ($r = 0,834$), що вказує на сильний вплив стресових факторів на процеси виснаження та внутрішньої нервової стійкості. Високий рівень стресу також пов'язаний з тривогою ($r = 0,417$), тривожністю ($r = 0,207$), та виснаженням ($r = 0,539$).

4. Роль тривожності: Тривожність значно підвищує ризик підвищення виснаження ($r = 0,821$), стресу ($r = 0,207$) та емоційного вигорання ($r = 0,634$), що свідчить про сильний вплив цих факторів на нормальну психологічну стабільність лікарів, призводячи до підвищення рівня тривожності.

5. Загальний рівень емоційного вигорання: Найбільша кількість кореляційних зв'язків має загальний рівень емоційного вигорання. Він негативно корелює з радістю ($r = -0,352$), що вказує на те, що позитивні емоції

можуть знизити рівень вигорання. Позитивні кореляції з тривогою ($r = 0,576$), стресом ($r = 0,834$), тривожністю ($r = 0,634$) та виснаженням ($r = 0,728$) підтверджують, що накопичення негативних емоційних станів значно підвищує ризики емоційного вигорання.

Отже, ключовими факторами, які сприяють емоційному вигоранню лікарів, є високий рівень стресу, тривоги, тривожності та виснаження. У той же час позитивні емоції, зокрема радість, можуть мати захисний ефект, знижуючи ризик розвитку емоційного горіння.

На основі отриманих даних розроблено комплексну програму корекції психоемоційного стану лікарів першої ланки, спрямовану на підтримку їхнього психоемоційного здоров'я в умовах воєнного часу. Програма охоплює сім ключових напрямків:

1. Моніторинг стану здоров'я – регулярні опитування та індивідуальні консультації можуть виявляти та відстежувати рівень тривоги, стресу й ознаки емоційного вигорання.
2. Зниження стресу – впровадження техніки релаксації, фізичної активності та оптимізації робочого графіка допомагають знизити стрес і підвищити загальний емоційний стан.
3. Зниження тривоги – використання когнітивно-поведінкової терапії, управління тривожними думками та підтримка соціальних зв'язків.
4. Підтримка позитивних емоцій – техніки позитивної психології, залучення до захоплених активностей і тренінги з емоційного інтелекту.
5. Підтримка мотивації – участь у програмах професійного розвитку, інноваційних проектах і програмах наставництва, що забезпечує інтерес і професійну задоволеність.
6. Запобігання вигоранню – навчання розпізнаванню симптомів вигорання, підтримка балансу роботи й особистого життя, доступ до психологічної підтримки.

7. Створення підтримуючого регулювання середовища – підтримка з боку керівництва, командна робота, належні ресурси й сесії зі стрес-менеджменту.

Комплексний підхід до підтримки психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки включає регулярний моніторинг стану, впровадження технік зниження стресу та тривоги, підтримку позитивних емоцій та цікавості, а також запобігання емоційному вигорянню. Важливо створити підтримуюче робоче середовище та забезпечити доступ до необхідних ресурсів і психологічної підтримки. Загалом програма покликана зміцнити стійкість лікарів до екстремальних умов, запобігти професійному вигорянню та підвищити ефективність роботи в умовах підвищеного навантаження.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізувавши теоретико-методологічні підходи до дослідження емоцій та емоційної сфери особистості можна відзначити, що даною проблематикою займались: Пол Екман, Керрол Ізард, Роберт Плутчик, Джеймс Рассел, Джон Майер, Пітер Селовей О.Я. Чебикін, Воррен Д. Тен Хоутен, Вільям Джеймс, Карл Ланге, Зигмунд Фрейд, Карл Юнг, Джон Дьюї, Роберт Лазарус тощо.

Можливо відзначити, що емоції – це психічні стани та переживання, які виражають суб'єктивне ставлення людини до різноманітних подій, явищ, об'єктів та діяльності. Емоції проявляються в різних формах, зокрема як радість, страх, гнів, здивування, смуток тощо. Вони є однією з головних складових процесу адаптації людини до умов навколишнього середовища та слугують засобом регуляції її поведінки.

Емоційна сфера особистості – це сукупність усіх емоційних проявів, властивих людині. Вона включає емоції, почуття, афекти, настрій, переживання, а також стабільніші особистісні утворення, такі як емоційна стійкість та емоційна інтелектуальність. Емоційна сфера є важливим компонентом психологічної структури особистості, яка включає в себе: емоційні стани; емоційні властивості; емоційні процеси. Емоційна сфера визначає емоційний відгук на зовнішні та внутрішні впливи, формується у процесі соціалізації та розвитку особистості. Від стану емоційної сфери залежить здатність особистості до емоційної регуляції, адаптації до нових умов, а також здатність до емпатії, співпереживання та стійкості в умовах стресу. Емоційна сфера особистості є важливою для: соціальної взаємодії, психічного здоров'я та прийняття рішень.

Серед основних теорій виділяються фізіологічні, когнітивні, соціально-когнітивні та біологічні. Історичний розвиток теорії емоцій охоплює кілька ключових етапів, кожен з яких зробив свій внесок у розуміння емоцій як психологічного феномену: античність, новий час, еволюційна теорія

Ч. Дарвіна, XX століття та сучасний етап. Ці етапи відображають поступове ускладнення підходів до розуміння емоцій, від їх первинного філософського осмислення до багатогранного наукового аналізу в сучасності.

Порівняльний огляд класифікацій емоцій у сучасних психологічних дослідженнях представлений у кількох ключових підходах:

Класифікація за базовими емоціями. Пол Екман запропонував виділення шести базових емоцій (радість, сум, страх, гнів, здивування, відраза), які є універсальними, мають однакові прояви у всіх культурах. Керрол Ізард доповнив цю класифікацію, включивши десять емоцій, додавши інтерес, сором, провину та розвиток. Роберт Плутчик розробив «колесо емоцій», що охоплює вісім основних емоцій, таких як радість і страх, та розглядає їх комбінацію для утворення складніших станів.

Двовимірна модель емоцій. У цій моделі емоції класифікуються за двома параметрами – валентністю (позитивні або негативні) та рівнем підвищення. Джеймс Рассел підкреслює, що така модель додатково розкриває зв'язки між емоціями та їх вплив на поведінку, наприклад, радість сприяє позитивній валентності та високому розвитку.

Класифікація за емоційним розвитком. Теорія емоційного інтелекту Джона Майєра і Пітера Селовея акцентує увагу на таких аспектах, як самосвідомість, саморегуляція, внутрішня мотивація, емпатія та соціальні навички. Модель емоційної зрілості О. Я. Чебікіна натомість фокусується на внутрішніх аспектах, підкреслюючи зрілість в управлінських емоціях.

Класифікація за функціями емоцій. Воррен Тен Хоутен пропонує класифікацію емоцій відповідно до їх функцій (наприклад, адаптивні та соціальні емоції), виявляючи шість ключових ролей емоцій, як-от агресивність та прийняття, що змінюють важливу роль у соціальних взаємодіях.

Класифікація за інтенсивністю емоцій. Вільям Джеймс і Карл Ланге досліджували фізіологічні основи емоцій, де емоції виділені за інтенсивністю проявів. Це підкреслює важливість фізичних реакцій, які супроводжують емоційні переживання.

Класифікація за довготривалістю станів – З. Фрейд і К. Юнг аналізували тривалість душевних станів, розділяючи їх на швидкоплинні або тривалі емоції, короточасні реакції або стійкі душевні настрої.

Класифікація за когнітивно-мотиваційною функцією – Джон Дьюї та Роберт Лазарус досліджували, як емоції координують адаптивні реакції. Р. Лазарус підкреслював роль когнітивної оцінки, де емоції формуються на основі оцінки ситуації та її значення для особистих цілей, допомагаючи адаптуватися та справлятися зі стресом.

Отже, емоції займають фундаментальну роль у житті людини, суттєво впливаючи на її поведінку, мислення, фізичний стан та взаємодію з оточенням. Вони мають низку важливих функцій: допомагають швидко адаптуватися до змін і реагувати на зовнішні стимули (адаптивна функція), забезпечують ефективну комунікацію, зокрема в соціальних взаємодіях (комунікативна функція), стимулюють досягнення цілей (мотиваційна функція), стимулюють регуляцію поведінки та емоційного стану (регуляторна функція) і впливають на процеси сприйняття, оцінки та прийняття рішення (когнітивна функція).

Вивчення емоцій залишається актуальним, оскільки емоції впливають на всі аспекти життя, зокрема соціальні зв'язки, професійне функціонування та особистісний розвиток.

2. Системний огляд наукових досліджень (Христук О. В., Іванова Т. М., Петренко І. В., Лазуренко О. О., Горн Р., Данилова В. В., Колісник А. М., Стародуб А. С., Старченкової В., Кравченко О. С., Кєрасїду А. та інших) спрямованих на визначення психоемоційних станів лікарів першої ланки виявляє низку чинників, які суттєво впливають на їх психічне здоров'я та ефективність роботи. Основними стресогенними факторами є підвищене робоче навантаження, відчутність належної підтримки від керівництва і колег, емоційне навантаження, зв'язок зі спілкуванням із пацієнтами та їхніми родичами, а також зростання страхом інфікування та передати інфекції близьким, що особливо посилилося під час пандемії COVID-19.

Дослідження підкреслюють, що лікарі першої ланки активно застосовують стратегії саморегуляції, зокрема когнітивні й поведінкові техніки, для зниження рівня тривожності та адаптації до кризових ситуацій. Високий рівень саморегуляції та розвитку емоційної компетентності, включаючи обізнаність про свої та чужі емоції, емпатію, самоконтроль і внутрішню мотивацію, сприяють кращій взаємодії з пацієнтами, покращують психоемоційний стан та знижують ризик емоційного вигорання. Водночас, висока емпатія, за відсутності достатньої саморегуляції, може підвищити ризик емоційного виснаження.

Аналіз сучасних досліджень: Садкового В. П., Тімченко О. В., Волкової О. Г., Жванія Т. В., Каштанов А., Молоток К., Вейленманн С., Шнідер У., що висвітлюють особливості психоемоційних станів лікарів першої ланки, підтверджують значний рівень стресу та емоційного вигорання, з якими стикаються медичні працівники в екстремальних умовах. Основними факторами, які посилюють стрес, є високий рівень робочого навантаження, недостатня підтримка зі сторони керівництва та колег, а також емоційне навантаження від спілкування з пацієнтами та їхніми родичами. Пандемія COVID-19 ще більше загострила ці проблеми, що вимагають додаткових ресурсів для збереження психічного здоров'я лікарів.

Результати досліджень показують, що лікарі активно використовують різні стратегії саморегуляції для зниження тривожності та підвищення ефективності в стресових ситуаціях. Такі техніки, як когнітивні та поведінкові методи саморегуляції, допомагають зменшити ризики емоційного вигорання. Високий рівень емоційної компетентності, що включає емпатію, регуляцію емоцій і соціальні навички, є також важливим для підтримки психологічного благополуччя медичних працівників. Проте висока емпатія, за слабого належного рівня саморегуляції, може привести до вигорання.

Дослідження наголошують на необхідності впровадження інституційних програм: програми психологічної підтримки, розвитку стресостійкості, зокрема тренінгів з управління емоціями, стресом, емпатією,

розвиток емоційної компетентності, стрес-менеджмент та підтримки саморегуляції, а також надавати лікарям інституційну підтримку з боку керівництва.

3. На основі проведеного теоретико-методологічного аналізу наукової літератури обґрунтовано вибір методик емпіричного дослідження. Підкреслено, що особливо актуально мати інструменти для оцінки та моніторингу емоційного стану для лікарів першої ланки в Україні, які працюють в умовах воєнного стану, коли стресові ситуації та психотравмуючі впливи є невід'ємною частиною життя. У цьому контексті методики, які обрані нами для вирішення завдань нашої роботи: Самооцінка емоційних станів (PFS), Методика оцінки психічної активації та емоційного тону, Шкала проявів тривоги Тейлор (TMAS) та Методика діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойко, відіграють ключову роль. Ці методики дозволяють оцінити різні аспекти емоційного стану, такі як радість, тривога, депресія, стрес, психічна активація, цікавість, емоційний тонус, напруга, комфортність та рівень емоційного вигорання. Використання цих методик допоможе, на наш погляд, не лише виявити поточний емоційний стан, але й розробити стратегії для його покращення, що сприяє загальному благополуччю та ефективності професійної діяльності.

4. Первинний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу було побудовано на респондентах дорослого та середнього віку, лікарі першої ланки: сімейні лікарі, терапевти та педіатри (усього 51 особа; 8 чоловіків та 43 жінки віком від 28 до 67 років).

Результати дослідження показують, що лікарі першої ланки в період воєнного часу відчують високий рівень тривоги (59 %), депресії (35 %) та стресу (55 %), що може негативно впливати на їхню професійну діяльність та взаємодію з пацієнтами. Вони також мають середній рівень психічної активації (49 %) та цікавості (55 %), але відчують значну напругу (високий рівень у 45 %) та помірний рівень комфортності (47 %). Загальний рівень емоційного вигорання є середнім (43 %), що свідчить про необхідність

підтримки та заходів для зниження стресу та покращення емоційного стану лікарів.

5. Для подальшої обробки отриманих результатів дослідження було використано програму SPSS-21 за допомогою якого на всіх етапах статистичного аналізу нами зроблено огляд даних, створено таблиці і вираховувалась статистика (за методом кореляції Пірсона). Результати кореляційного аналізу психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу вказують на тісний взаємозв'язок між позитивними емоціями, тривогою, депресією, стресом, тривожністю, напругою та емоційним визнанням. Основні висновки з аналізу полягають у наступному:

Вплив радості на психоемоційний стан: Радість виявилася пов'язаною зі зниженням тривоги ($r = -0,728$) і рівня емоційного горіння ($r = -0,352$). Це відомо про те, що позитивні емоції можуть служити буфером проти негативних станів, знижуючи їх інтенсивність.

Роль тривоги: тривога має найбільше кореляційних зв'язків із негативними психоемоційними станами. Вона позитивно пов'язана з депресією ($r = 0,452$), стресом ($r = 0,417$), напругою ($r = 0,312$) та загальним рівнем емоційного вигорання ($r = 0,576$). Це підкреслює, що підвищена тривога посилює інші негативні стани, створюючи значний ризик емоційного виснаження.

Кореляція стресу з емоційним стимулюванням: стрес має дуже високу позитивну кореляцію з емоційним вигоранням ($r = 0,834$), що вказує на сильний вплив стресових факторів на процеси виснаження та внутрішньої нервової стійкості. Високий рівень стресу також пов'язаний з тривогою ($r = 0,417$), тривожністю ($r = 0,207$), та виснаженням ($r = 0,539$).

Роль тривожності: тривожність значно підвищує ризик підвищення виснаження ($r = 0,821$), стресу ($r = 0,207$) та емоційного вигорання ($r = 0,634$), що свідчить про сильний вплив цих факторів на нормальну психологічну стабільність лікарів, призводячи до підвищення рівня тривожності.

Загальний рівень емоційного вигорання: найбільша кількість кореляційних зв'язків має загальний рівень емоційного вигорання. Він негативно корелює з радістю ($r = -0,352$), що вказує на те, що позитивні емоції можуть знизити рівень вигорання. Позитивні кореляції з тривогою ($r = 0,576$), стресом ($r = 0,834$), тривожністю ($r = 0,634$) та виснаженням ($r = 0,728$) підтверджують, що накопичення негативних емоційних станів значно підвищує ризики емоційного вигорання.

Отже, ключовими факторами, які сприяють емоційному вигоранню лікарів, є високий рівень стресу, тривоги, тривожності та виснаження. У той же час позитивні емоції, зокрема радість, можуть мати захисний ефект, знижуючи ризик розвитку емоційного горіння.

6. На основі отриманих даних розроблено комплексну програму корекції психоемоційного стану лікарів першої ланки, спрямовану на підтримку їхнього психоемоційного здоров'я в умовах воєнного часу. Програма охоплює сім ключових напрямків:

1) Моніторинг стану здоров'я – регулярні опитування та індивідуальні консультації можуть виявляти та відстежувати рівень тривоги, стресу й ознаки емоційного вигорання.

2) Зниження стресу – впровадження техніки релаксації, фізичної активності та оптимізації робочого графіка допомагають знизити стрес і підвищити загальний емоційний стан.

3) Зниження тривоги – використання когнітивно-поведінкової терапії, управління тривожними думками та підтримка соціальних зв'язків.

4) Підтримка позитивних емоцій – техніки позитивної психології, залучення до захоплених активностей і тренінги з емоційного інтелекту.

5) Підтримка мотивації – участь у програмах професійного розвитку, інноваційних проектах і програмах наставництва, що забезпечує інтерес і професійну задоволеність.

6) Запобігання вигорянню – навчання розпізнаванню симптомів вигоряння, підтримка балансу роботи й особистого життя, доступ до психологічної підтримки.

7) Створення підтримуючого регулювання середовища – підтримка з боку керівництва, командна робота, належні ресурси й сесії зі стрес-менеджменту.

Комплексний підхід до підтримки психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки включає регулярний моніторинг стану, впровадження технік зниження стресу та тривоги, підтримку позитивних емоцій та цікавості, а також запобігання емоційному вигорянню. Важливо створити підтримуюче робоче середовище та забезпечити доступ до необхідних ресурсів і психологічної підтримки. Загалом програма покликана зміцнити стійкість лікарів до екстремальних умов, запобігти професійному вигорянню та підвищити ефективність роботи в умовах підвищеного навантаження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аквінський Ф. Сума проти язичників. Переклад з латини та коментарі О. Лисенка. Київ: Основи, 2003. 800 с.
2. Аквінський Фома. Сума теології. Переклад з латини та коментарі В. Ставнюка. Київ: Основи, 2002. 1024 с.
3. Анохин, П. К. Эмоции. Наука, 1975. 367 с.
4. Арістотель. Нікомахова етика. Переклад Віктора Ставнюка. Київ: Основи, 2000. 320 с.
5. Арістотель. Про душу. Переклад з давньогрецької та коментарі Олександра Лисенка. Київ: Основи, 2001. 280 с.
6. Волкова, О. Г., Жванія, Т. В. (2021). Дослідження особливостей саморегуляції психоемоційних станів у кризових ситуаціях. Харків: НУЦЗУ. С. 33-42.
7. Гоббс, Томас. Левіафан, або Матерія, форма і влада держави церковної та цивільної. Переклад з англійської та коментарі А. Гутермана. Київ: Основи, 2006. 800 с.
8. Данилова, В. В., Колісник, А. М., Стародуб, А. С. Рівень емпатії у лікарів дитячих анестезіологів. Психологія і суспільство. 2020. № 3. С. 112–125.
9. Декарт, Рене. Пристрасті душі. Переклад з французької та коментарі О. Лисенка. Київ: Основи, 2004. 320 с.
10. Епікур. Головні думки. Переклад з давньогрецької та коментарі Віктора Ставнюка. Київ: Основи, 2002. 120 с.
11. Епікур. Лист до Менекея. Переклад з давньогрецької та коментарі Віктора Ставнюка. Київ: Основи, 2002. 150 с.
12. Зенон Кітійський. Про природу. Переклад з давньогрецької та коментарі Аревшатяна С. Вестник Матенадарана, 1956. № 3. С. 315–342.
13. Іванова, Т. М. Емоційне вигорання медичних працівників: мета-аналіз. Журнал практичної психології. 2021. № 3. С. 112–125.

14. Ізард, К. Е. Емоції людини. Нью-Йорк: Спрінгер, 1977. 576 с.
<https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4899-2209-0>.
15. Ільїн, Е. П. Емоції і почуття, 2001. 752 с.
16. Кравченко, О. С. Емоційна компетентність лікарів: теоретичні та практичні аспекти. *Психологія і суспільство*. 2019. № 2. С. 56–68.
17. Лазуренко, О. О. Аналіз психологічних особливостей та структурних компонентів емоційної компетентності майбутнього лікаря. *Психологія і суспільство*. 2018. № 2. С. 67-79.
18. Лазуренко, О. О., Сміла, Н. В. Особливості формування емоційних компетенцій майбутнього лікаря в процесі навчання. *Психологія і суспільство*. 2016. № 1. С. 45–56.
19. Локк, Джон. Дослідження про людське розуміння. Переклад з англійської та коментарі О. Лисенка. Київ: Основи, 2007. 700 с.
20. Майер, Дж. Д., Селовей, П. Емоційний інтелект: Теорія, висновки та імплікації. *Психологічний огляд*, 1990, №97(3), С. 554-573.
21. Оккам Вільям. Коментарі до «Сентенцій» Петра Ломбардського. Переклад з латини та коментарі О. Лисенка. Київ: Основи, 2007. 850 с.
22. Оккам Вільям. Сума логіки. Переклад з латини та коментарі В. Ставнюка. Київ: Основи, 2006. 700 с.
23. Петренко, І. В. Психоемоційні стани лікарів під час пандемії COVID-19. *Медична психологія*. 2020. № 4. С. 34-47.
24. Платон. Держава. Переклад з давньогрецької та коментарі Дзвінки Коваль. Київ: Основи, 2000. 355 с.
25. Плотін. Еннеади. Переклад з давньогрецької та коментарі Олександра Лисенка. Київ: Основи, 2003. 400 с.
26. Психологія надзвичайних ситуацій. Професійна діяльність лікаря–психолога в екстремальних умовах. Вінниця: ВНМУ. 2020р, 320 с.
27. Руська Р.В. Теорія імовірності та математична статистика в психології: Навч. посіб. Тернопіль 2020. с. 112

28. Садковий, В. П., Тімченко, О. В. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології. Харків: Вид-во НУЦЗУ. 2017 р, 777 с.
29. Симонов, П. В. Емоційний мозок. Наука, 1981. 367 с.
30. Скот Джон Дунс. Книга про перші принципи. Переклад з латини та коментарі О. Лисенка. Київ: Основи, 2005. 600 с.
31. Скот Джон Дунс. Ординація. Переклад з латини та коментарі В. Ставнюка. Київ: Основи, 2004. 950 с.
32. Спіноза, Бенедикт. Етика. Переклад з латини та коментарі В. Ставнюка. Київ: Основи, 2005. 400 с.
33. Старченкова, В. Чинники емоційного виснаження у медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. *Психологія і суспільство*. 2021. № 4. С. 34-47.
34. Христук, О. В. Вплив стресогенних факторів на психоемоційні стани лікарів. Наукові записки НаУКМА. *Психологія і педагогіка*. 2019. Т.2. С.78-89
35. Христук, О. В. Особливості саморегуляції психоемоційних станів у кризових ситуаціях. *Психологія і суспільство*. 2020. № 1. С. 45-56.
36. Чебикін, О. Я., Павлова, І. Г. Становлення емоційної зрілості особистості. Київ: Педагогічна преса, 2010. 320 с.
<http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/4888/1/%D0%A7%D0%B5%D0%B1%D0%B8%D0%BA%D1%96%D0%BD.pdf>.
37. Aristotle. (1984). The Complete Works of Aristotle. Princeton University Press.
38. Bard, P. (1934). "Emotion: I. The Neuro–Humoral Basis of Emotional Reactions." *Archives of Neurology and Psychiatry*, 32(3), 445-454.
39. Barrett, Lisa Feldman. (2017) *How Emotions Are Made: The Secret Life of the Brain*. New York: Houghton Mifflin Harcourt, 425 p
40. Byrne, J.-P., Creese, J., McMurray, R., Costello, R. W., Matthews, A., & Humphries, N. (2023). *Feeling like the enemy: The emotion management and*

alienation of doctors. *Frontiers in Sociology*, 8, Article 1232555. doi:10.3389/fsoc.2023.12325553.

41. Cannon, W. B. (1927). "The James-Lange Theory of Emotions: A Critical Examination and an Alternative Theory." *The American Journal of Psychology*, 39(1/4), 106–124.

42. Dalgleish, T. (2004). "The emotional brain." *Nature Reviews Neuroscience*, 5(7), 583–589.

43. Damasio, Antonio (1994) *Descartes' Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Putnam Publishing, 352 p

44. Darwin, Charles. *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. London: John Murray, 1872.

45. Descartes, R. (1989). *The Passions of the Soul*. Hackett Publishing Company.

46. Ekman, P. (1992). "An Argument for Basic Emotions." *Cognition and Emotion*, 6(3–4), 169–200.

47. Ekman, Paul. (2016) "What Scientists Who Study Emotion Agree About." *Perspectives on Psychological Science*, vol. 11, no. 1, Sage Publications. 2016, pp. 31–34.

48. Freud, S. (1920). *Beyond the Pleasure Principle*. International Psycho-Analytical Press. 90 p. Available at: https://www.libraryofsocialscience.com/assets/pdf/freud_beyond_the_pleasure_principle.pdf.

49. Guidi, C., & Traversa, C. (2021). Empathy in patient care: From 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24, 573–5851

50. Hebb, D. O. (1949). *The Organization of Behavior: A Neuropsychological Theory*. New York: Wiley.

51. Jackson-Koku, G., & Grime, P. (2019). Emotion regulation and burnout in doctors: A systematic review. *Occupational Medicine*, 69(1), 9-21.

doi:10.1093/occmed/kqz0041. Aquinas, T. (1947). *Summa Theologica*. Benziger Bros.

52. James, W. (1884). "What is an Emotion?" *Mind*, 9(34), 188-205.

53. James, William. *The Principles of Psychology*. New York: Henry Holt and Company, 1890.

54. Jung, C. G. (1960). *The Structure and Dynamics of the Psyche*. Princeton University Press. 588 p. Available at: <https://press.princeton.edu/books/hardcover/9780691097749/collected-works-of-c-g-jung-volume-8>.

55. Kashtanov, A., Molotok, E., Yavorovskiy, A., et al. (2022). A Comparative Cross-Sectional Study Assessing the Psycho-Emotional State of Intensive Care Units' Physicians and Nurses

56. Kerasidou, A., & Horn, R. (2016). Making space for empathy: Supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Medical Ethics*, 172

57. Kitayama, S., & Markus, H. R. (1994). *Emotion and Culture: Empirical Studies of Mutual Influence*. American Psychological Association.

58. Lange, C. (1985). "The Mechanism of the Emotions." *Psychological Review*, 1(1), 1-20.

59. Lazarus, Richard S. *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press, 1991. 557p.

60. LeDoux, Joseph (1996) *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster, 1996. 384 p

61. Lindsley, D. B. (1951). "Emotion." In S. S. Stevens (Ed.), *Handbook of Experimental Psychology* (pp. 473–516). New York: Wiley.

62. Mesquita, B., & Frijda, N. H. (1992). "Cultural Variations in Emotions: A Review." *Psychological Bulletin*, 112(2), 179–204.

63. Ofri, D. (2013). *What Doctors Feel: How Emotions Affect the Practice of Medicine*. Boston, MA: Beacon Press. ISBN: 9780807073339

64. Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press.

65. Plamper, J. (2012). *The History of Emotions: An Introduction*. Oxford University Press.
66. Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York: Harper & Row. 440 p. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Robert_Plutchik.
67. Russell, J. A. (1980). Circumplex Model of Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161–1178. Available at: <https://psu.pb.unizin.org/psych425/chapter/circumplex-models/>.
68. Schachter, S., & Singer, J. (1962). “Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State.” *Psychological Review*, 69(5), 379-399.
69. Spencer, Herbert. *The Principles of Psychology*. London: Longman, Brown, Green, and Longmans, 1855.
70. Weilenmann, S., Schnyder, U., Parkinson, B., et al. (2018). Emotion Transfer, Emotion Regulation, and Empathy-Related Processes in Physician-Patient Interactions and Their Association With Physician Well-Being: A Theoretical Model. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 389

ДОДАТКИ

Додаток А

«Самооцінка емоційних станів» А. Уесман та Д. Рікс

Досить простим опитувальником для самооцінки емоційних станів є методика, розроблена американськими психологами А. Уесманом і Д. Ріксом (в даному випадку наводиться її скорочений варіант).

Методика застосовується для самооцінки емоційних станів та ступеня неспання. Ця методика ефективна, якщо необхідно виявити зміна емоційного стану людини протягом певного періоду часу. Простота виконання завдання роблять її дуже оперативним інструментом. При цьому можна як викреслювати криві зміни окремих показників, так і працювати лише з інтегральним результатом. До недоліків вищеписаної методики можна віднести наступні:

1) Твердження, включені в 1-3 розділи, описують емоційне стан людини лише в діапазоні понять «тривога / спокій» та «підйом / депресія», не відображаючи виразність інших емоцій, таких, наприклад, як гнів, образа, розчарування, гордість та ін.

2) Твердження, що становлять 4 розділ, характеризують в основному когнітивну сферу (переконання людини, що стосуються його можливостей), а не сферу емоцій.

3) Звертає увага відмінність у системі оцінок тверджень, складових чотири різних розділу методики Так, підвищення оцінок, що присвоюються твердженням 1 розділу підвищення ступеня психічної адаптації випробуваного, у своїй сама висока оцінка з цього розділу вказує на найвищий рівень психічної адаптації. Однак у 2 та 3 розділах найвищі значення присвоюються таким твердженням («Порив, який не знає перешкод, життєва сила виплескується через край» та «Сильний підйом веселощі»), які відбивають вже не стільки стан психічної адаптації, скільки патологічне гіпоманіакальне стан. У цій зв'язку загальна шкала, що отримується під час підсумовування оцінок по всіх чотирьом розділів, представляється нелінійної:

той час як низькі значення інтегрального показника свідчать про виражену психічної дезадаптації, високі значення інтегрального показника не можуть трактуватися так однозначно. Інакше кажучи, інтегральний показник даної методики більше чутливий до стану психічної дезадаптації, ніж до стану адаптації.

Інструкція. Виберіть у кожному з запропонованих наборів суджень те, що краще всього описує ваш стан зараз. Номер судження, обраного з кожного набору запишіть.

Опитувальник

Спокій – тривожність

10. Досконалий спокій. Непохитно впевнений у собі.
9. Винятково холоднокровний, на диво впевнений і не хвилююся.
8. Відчуття повного благополуччя. Впевнений і відчуваю себе невимушено.
7. Загалом впевнений і вільний від занепокоєння.
6. Ніщо особливо не турбує мене. Відчуваю себе більше або менше невимушено.
5. Декілька стурбований, відчуваю себе скуто, трохи стривожений.
4. Переживаю деяку стурбованість, страх, занепокоєння або невизначеність. Нервовий, хвилююся, роздратований.
3. Значна невпевненість. Дуже травмовано невизначеністю. Страшно.
2. Величезна тривожність, стурбованість. Зведений страхом.
1. Цілком збожеволів від страху. Втратив Розум. Наляканий нерозв'язними труднощами.

Енергійність – втома

10. Порив, який не знає перешкод. Життєва сила виплескується через край.
9. Життєздатність, що б'є через край, величезна енергія, сильне прагнення до діяльності.
8. Багато енергії, сильна потреба у дії.

7. Відчуваю себе свіжим, у запасі значна енергія.
6. Відчуваю себе досить свіжим, у міру бадьорий.
5. Злегка втомився. Лінощі. Енергії не вистачає.
4. Досить втомлений. У запасі не дуже багато енергії.
3. Велика втома. Млявий. Убогі ресурси енергії.
2. Жахливо стомлений. Майже виснажений і практично не здатний до дії. Майже не залишилося запасів енергії.

1. Абсолютно видихся. Нездатний навіть до найменшого зусилля.

Піднесеність – пригніченість

10. Сильний підйом, захоплене веселощі.
 9. Схвильований, у піднесеному стані. Захопленість.
 8. Збуджений, у хорошому настрої.
 7. Відчуваю себе дуже добре. Життєрадісний.
 6. Відчуваю себе досить добре, «у порядку».
 5. Відчуваю себе трохи пригнічено, «так собі».
 4. Настрій пригнічене і кілька похмуре.
 3. Пригнічений і відчуваю себе дуже пригнічено. Настрій безперечно похмуре.
 2. Дуже пригнічений. Відчуваю себе просто жахливо.
 1. Крайня депресія та зневіра. Пригнічений. Все чорно і сіро.
- Впевненість у собі – безпорадність.

Впевненість у собі – безпорадність

10. Для мене нічого немає неможливого. Зможу зробити все, що я хочу.
9. Відчуваю велику впевненість у собі. Впевнений у своїх звершеннях.
8. Дуже впевнений у своїх здібностях.
7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо і мої перспективи хороші.
6. Відчуваю себе досить компетентним.
5. Відчуваю, що мої вміння та здібності кілька обмежені.
4. Відчуваю себе досить нездатним.
3. Пригнічений своєю слабкістю та недоліком здібностей.

2. Відчуваю себе жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності

1. Що давить почуття слабкості та марності зусиль. У мене нічого не вийде.

Обробка результатів та інтерпретація

Визначають наступні показники:

I1 – «Спокій – тривожність» (індивідуальна самооцінка - I1 - дорівнює номеру судження, обраного випробуваним з даної шкали. Аналогічно виходять індивідуальні значення за показниками 12-14).

I2 – «Енергійність – втома».

I3 – «Піднесеність – пригніченість».

I4 – «Почуття впевненості у собі – почуття безпорадності».

I5 – Сумарна (за чотирма шкалами) оцінка стану:

$I5 = I1 + I2 + I3 + I4$, де I1, I2, I3, I4 - індивідуальні значення за відповідними шкалами.

Якщо сума балів **від 26 до 40**, то випробуваний високо оцінює своє емоційне стан, якщо **від 15 до 25 балів**, то середня оцінка емоційного стану та низька якщо **від 4 до 14 балів**.

У загальному вигляді емоційне стан - характеристика емоцій людини, що відображає її становище щодо об'єктів навколишнього середовища. Стан може бути спостерігаємо як зовні, так і внутрішньо. Внутрішнє стан емоцій фіксується свідомістю суб'єкта на певний момент часу тих відчуттів благополуччя (неблагополуччя) як організму загалом, як та її частин. Зовні оцінка стану емоцій фіксується висловлюваннями випробуваного за певними ознаками. Стан людини виступає регулятивний функцією адаптації до навколишнього середовища або ситуації.

Шкала Спокій-тривожність

- вище 5-6 балів. В опитуванні випробуваний показує Перевага "Спокою": витриманість, стриманість, терплячість, статечність, розсудливість, врівноваженість, незворушність, терпимість.

- 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Спокій-тривожність" без явного переважання одного з полюсів.

- 1-4 бали. За самооцінкою випробуваного прогнозується засмиканість, заляканість, закомплексованість, нерішучість, полохливість, нервовість, невпевненість, напруженість, боязкість.

Шкала Енергійність-втома

- вище 5-6 балів. Випробуваний оцінює себе як особистість: ініціативний, діяльний, заповзятливий, одержимий, спрямований, активний, кипучий, пробивний, кмітливий.

- 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Енергійність-втома" без явного переважання одного з полюсів.

- 1-4 бали. Випробуваний оцінює себе як: неініціативний, пасивний, інертний, безініціативний, млявий, апатичний, байдужий, повільний.

Шкала Піднятість-пригніченість

- вище 5-6 балів. Випробуваний оцінює себе як: кипучий, темпераментний, задержуватий, рвучкий, енергійний, вільнолюбний, розкутий, живий, рухливий, жвавий.

- 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою «Піднятість-пригніченість» без явного переважання одного з полюсів.

- 1-4 бали. Випробуваний оцінює себе як: сором'язливий, боязкий, нерішучий, несміливий, заляканий, сором'язливий, пригнічений, збентежений, пригнічений, пригнічений.

Шкала Впевненість у собі - почуття безпорадності

- вище 5-6 балів. Випробуваний оцінює себе як: боєць, загартований, рішучий, завзятий, героїчний, працездатний, сильний, вольовий, твердий, безстрашний, відважний, самостійний.

- 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Упевненості-безпорадності" без явного переважання одного з полюсів.

- 1-4 бали. Оцінюється: нерозділений, слабохарактерний, безмовний, несміливий, слабкий, слабовільний, прибитий.

Сумарна оцінка стану

Цей показник відображає виразність, ступінь емоційного підйому / виснаження випробуваного.

Шкала тривожності.
(Шкала Тейлора, адаптація М.М. Пейсахова)

Опитувальник Тейлора призначений для вимірювання проявів тривожності, який був опублікований в 1953 р. Дана методика складається з 50 тверджень, на які обстежуваний повинний відповісти «так» чи «ні». Тестування продовжується 15-30 хв.

Інструкція обстежуваним

Необхідно дати відповідь на всі твердження, які містить опитувальник. Якщо вони відповідають Вашому уявленню про себе, напишіть «Так», у протилежному разі – «Ні». Якщо Вам важко дати певну відповідь, напишіть «Не знаю». Працювати бажано швидко, не пропускати запитань, ніяких додаткових записів не робити.

Тестовий матеріал

1. Часто я працюю з великим напруженням.
2. Вночі мені важко заснути.
3. Для мене приємні несподівані зміни у звичних обставинах.
4. Мені часто сняться страшні сни.
5. Мені важко зосередитися на якомусь завданні чи роботі.
6. У мене дуже неспокійний і переривчастий сон.
7. Я хотів би бути таким щасливим, як, на мій погляд, інші.
8. Безперечно, мені не вистачає впевненості в собі.
9. Моє здоров'я дуже турбує мене.
10. Часто я відчуваю себе нікому не потрібним.
11. Я часто плачу, у мене «очі на мокрому місці».
12. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся зробити щось складне чи небезпечне.
13. Часом, коли я збентежений, у мене виникає сильна пітливість і це дуже турбує мене.

14. Я часто ловлю себе на думці, що мене щось тривожить.
15. Нерідко я думаю про такі речі, про які не хотілося б говорити.
16. Навіть у холодні дні я легко пітнію.
17. У мене бувають періоди такого занепокоєння, Що я не можу всидіти на місці.
18. Життя для мене майже завжди пов'язане з надзвичайною напруженістю.
19. Я набагато чутливіший, ніж більшість людей.
20. Я легко бентежусь.
21. Моє місце серед оточуючих дуже мене турбує.
22. Мені дуже важко зосередитися на чомусь.
23. Майже весь час я відчуваю тривогу через когось або через щось.
24. Часто я стаю надто збудженим і мені важко заснути.
25. Мені доводилося відчувати страх навіть тоді, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує.
26. Я схильний сприймати все дуже серйозно.
27. Мені часом здається, що переді мною постають такі труднощі, які я не здолаю.
28. Я майже завжди відчуваю невпевненість у собі.
29. Мене дуже тривожать можливі невдачі.
30. Чекання завжди нервує мене.
31. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
32. Бували періоди, коли через тривогу я не міг заснути.
33. Іноді я засмучуюся через дрібниці.
34. Я легко збудлива людина.
35. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
36. У мене не вистачить духу пережити всі майбутні труднощі.
37. Часом мені здається, що моя нервова система розхитана, і я ось-ось втрачу розум.
38. Найчастіше мої ноги і руки досить теплі.

39. У мене рівний і добрий настрій.

40. Я майже завжди відчуваю себе зовсім щасливим.

41. Коли потрібно на щось довго чекати, я можу бути спокійним.

42. У мене рідко буває головний біль.

43. У мене не буває серцебиття під час очікування на щось нове або тяжке.

44. Мої нерви розхитані не більше ніж у інших людей.

45. Я впевнений у собі.

46. Порівняно з іншими людьми я вважаю себе сміливим.

47. Я сором'язливий не більше ніж інші.

48. Часто я спокійний і вивести мене з рівноваги нелегко.

49. Практично я ніколи не червонію.

50. Я можу спокійно спати після будь-яких неприємностей.

Обробка результаті.

У твердженнях 1-37 підраховується кількість відповідей «Так», у твердженнях 38-50 - кількість відповідей «Ні». Відповіді «Не знаю» підраховуються в усіх твердженнях і кількість їх ділиться на 2. Рівень тривожності визначається сумою цих трьох показників.

До 15 балів - низький рівень.

16-20 балів - нижче середнього.

21-23 бали - середній.

24-27 балів - вище середнього.

28-50 балів - високий.

Додаток В

Методика діагностики емоційного вигорання В. Бойко

Інструкція. Якщо ви професіонал у будь якій галузі спілкування з людьми, то для вашої діяльності важливо, в якій мірі у вас сформований психологічний захист у формі *«емоційного вигорання»*. Прочитайте твердження та дайте відповідь *«так»* або *«ні»*. Там, де у запропонованих твердженнях опитувальника йдеться про *«партнерів»*, маються на увазі суб'єкти вашої професійної діяльності – клієнти, учні та інші люди, із якими ви щоденно співпрацюєте.

1. Організаційні недоліки на роботі постійно примушують нервувати, переживати, напружуватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився (-лася) у виборі професії або профілю діяльності.
4. Мене непокоїть те, що я став(ла) гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Теплота взаємодії з партнерами залежить від мого настрою.
6. Від мене як від професіонала мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (2 – 3 години) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся якомога швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу надати партнеру те, чого вимагає професійний обов'язок.
10. Моя робота не дає виражатися моїм емоціям.
11. Я відверто втомився (-лася) від людських проблем, із якими доводиться мати справу на роботі.
12. Буває, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.

13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить все менше задоволення.
15. Я б змінив(ла) місце роботи, якби була така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу належними чином надати партнерові професійну підтримку, допомогу.
17. Мені завжди вдається запобігти впливові поганого настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже засмучує, якщо щось негаразд у стосунках із діловими партнерами.
19. Я настільки втомлююсь на роботі, що дома намагаюсь спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втомленість або напруження, часто приділяю партнерові менше уваги, ніж належить.
21. Інколи звичайні ситуації спілкування на роботі викликають у мене роздратування.
22. Я спокійно приймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене триматися осторонь від людей.
24. Коли згадую деяких колег по роботі чи партнерів, у мене псується настрій.
25. Конфлікти чи розбіжність поглядів із колегами забирають багато сил і емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі здаються мені дуже складними.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось повинно статися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все, як належить, чи не скоротять мене тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюсь обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги.

30. На роботі під час спілкування я дотримуюсь принципу: «Не роби людям добра, не отримаєш лиха».

31. Я охоче вдома розповідаю про свою роботу.

32. Бувають дні, коли мій емоційний стан негативно впливає на результати роботи (менше виконую, знижується якість, трапляються конфлікти).

33. Інколи я відчуваю, що треба виявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.

34. Я дуже переживаю за свою роботу.

35. Партнерам по роботі віддаєш уваги та турботи більше, ніж отримуєш.

36. Коли думаю про роботу, мені стає не по собі: починає колоти в ділянці серця, підвищується тиск, з'являється головний біль.

37. У мене добрі стосунки з керівником.

38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота йде на користь людям.

39. Останнім часом, мене переслідують невдачі в роботі.

40. Деякі сторони моєї роботи викликають глибоке розчарування.

41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж звичайно.

42. Я враховую особливості ділових партнерів гірше ніж раніше.

43. Стомленість від роботи призводить до того, що я прагну скоротити спілкування з друзями та знайомими.

44. Я зазвичай виявляю інтерес до особистості партнера, окрім того, що стосується справи.

45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, у гарному настрої.

46. Я інколи ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без натхнення, запалу, ентузіазму.

47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого.

48. Після спілкування з неприємними партнерами, у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття.

49. На роботі я маю постійні фізичні або психологічні перевантаження.

50. Успіхи в роботі наповнюють мене натхненням.

51. Ситуація на роботі, у якій я опинився (-лася), здається безвихідною.

52. Я втратив(ла) спокій через роботу.

53. Упродовж останнього року була скарга (скарги) на мою роботу з боку партнера (партнерів).

54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що я не сприймаю близько до серця те, що відбувається з партнером.

55. Я часто приношу з роботи додому негативні емоції.

56. Я часто працюю понад силу.

57. Раніше я був (-ла) більш чуйним (-ною) і уважним (-ною) до партнерів, ніж зараз.

58. У роботі з людьми керуюся принципом: не втрачай нерви, бережи здоров'я.

59. Інколи я йду на роботу з важким відчуттям: як усе набридло, нікого б не бачити і не чути.

60. Після напруженого робочого дня я відчуваюся трохи недобре.

61. Контингент партнерів, із якими я працюю, дуже важкий.

62. Інколи мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я втрачаю.

63. Якби мені поталанило з роботою, я був(ла) би(б) щасливішим(ою).

64. Я у відчаї через те, що на роботі у мене серйозні проблеми.

65. Інколи я поведжуся зі своїми партнерами так, як не хотів(ла) би(б) щоб поводитися зі мною.

66. Я засуджую партнерів, які розраховують на пільги, поблажливість, увагу.

67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил робити хатні справи.

68. Я постійно підганяю час: скоріше б робочий день закінчився.
69. Стан, прохання, потреби партнерів мене щиро турбують.
70. Працюючи з людьми, я ніби ставлю екран, який захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, часто вживаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю в силу обставин.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервую через все, що пов'язано з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів(ла) би(б) бачити і чути.
78. Я схвалюю колег, які присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.
79. Моя втомленість на роботі мало впливає або зовсім не впливає на спілкування з домашніми та друзями.
80. Якщо випадає нагода, я приділяю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви у спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього, що відбувається на роботі, я втратив(ла) цікавість.
83. Робота з людьми спричинила поганий вплив на мене, як на професіонала, зробила злим (-лою), нервовим (-ою), беземоційним (-ою).
84. Робота з людьми підриває моє здоров'я.

Ключ

«Напруження»		
1. Переживання психотравмуючих обставин	+1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)	
2. Незадоволеність собою	-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(5)	
3. «Загнаність у клітку»	+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)	
4. Тривога і депресія	+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)	

Разом по фазі «Напруження»		
«Резистенція»		
1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	+5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)	
2. Емоційно-моральна дезорієнтація	+6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)	
3. Розширення галузі економії емоцій	+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)	
4. Редукція професійних обов'язків	+8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)	
Разом по фазі «Резистенція»		
«Виснаження»		
1. Емоційний дефіцит	+9(3), +21(2), +33(33), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)	
2. Емоційна відчуженість	+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)	
3. Деперсоналізація	+11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +71(2), +83(10)	
4. Психосоматичні та психоемоційні порушення	+12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)	
Разом по фазі «Виснаження»		
Підсумковий показник		

Відповідно до ключа визначається сума балів окремо для кожного з симптомів вигорання.

Показник вираженості емоцій коливається в межах від 0 до 30 балів.

Симптом не склався	Симптом, який склався	Симптом, який склався
9 і менш	10 – 15	16 і більш

Подальший крок в інтерпретації результатів опитування – підрахунок суми показників симптомів, який здійснюється для кожної з трьох фаз формування вигорання. Для кожної фази оцінка може бути від нуля до 120 балів. За кількісними показниками можна судити тільки про те, яка фаза сформувалася більшою чи меншою мірою.

Фаза не сформувалася	Фаза у стадії формування	Фаза сформувалася
36 і менш	37 – 60	61 і більш

Відповідно до ключа проводяться наступні підрахунки:

- визначається сума балів для кожного з 12 симптомів вигорання;
- підраховується сума показників симптомів для кожної з трьох фаз формування вигорання;
- встановлюється підсумковий показник синдрому емоційного вигорання, тобто сума 12 симптомів.

Опитувальник нервово-психічної напруги

Інструкція. Уважно читайте твердження і поруч з ними позначайте знаком "+", якщо ви згодні, і знаком "-", якщо не згодні.

1. Наявність фізичного дискомфорту:

- А) повна відсутність яких-небудь неприємних фізичних відчуттів;
- Б) мають місце незначні неприємні відчуття, що не заважають роботі;
- В) наявність великої кількості неприємних фізичних відчуттів, що серйозно заважають роботі.

2. Наявність болісних відчуттів:

- А) повна відсутність яких-небудь болів;
- Б) болісні відчуття періодично з'являються, але швидко зникають і не заважають роботі;
- В) мають місце постійні болісні відчуття, що істотно заважають роботі.

3. Температурні відчуття:

- А) відсутність яких-небудь змін у відчутті температури тіла;
- Б) відчуття тепла, підвищення температури тіла;
- В) відчуття похолодання тіла, кінцівок, почуття ознобу.

4. Стан м'язового тону:

- А) звичайний м'язовий тонус;
- Б) помірне підвищення м'язового тону, почуття певної м'язової напруги;
- В) значна м'язова напруга, посмикування окремих м'язів обличчя, шиї, рук (тики, тремор).

5. Координація рухів:

- А) звичайна координація рухів;
- Б) підвищення точності, легкості, координованості рухів під час писання, іншої роботи;

В) зниження точності рухів, порушення координації, погіршення почерку, утруднення при виконанні дрібних рухів, що вимагають високої точності.

6. Стан рухової активності загалом:

А) звичайна рухова активність;

Б) підвищення рухової активності, збільшення швидкості й енергійності рухів;

В) різке посилення рухової активності, неможливість усидіти на одному місці, метушливість, прагнення ходити, змінювати положення тіла.

7. Відчуття збоку серцево-судинної системи:

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів з боку серця;

Б) відчуття посилення серцевої діяльності, що не заважає роботі;

В) наявність неприємних відчуттів з боку серця - частішання серцебиття, почуття тиску в ділянці серця, поколювання, болі в серці.

8. Прояви збоку шлунково-кишкового тракту:

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів у животі;

Б) одиничні, швидко минулі і такі, що не заважають роботі, відчуття в животі. Почуття легкого голоду, періодичне "гурчання";

В) виражені неприємні відчуття в животі - біль, зниження апетиту, нудота, відчуття спраги.

9. Прояви з боку органів дихання:

А) відсутність яких-небудь відчуттів;

Б) збільшення глибини і частішання дихання, що не заважає роботі;

В) значна зміна дихання - задишка, почуття недостатності вдиху, «комки у горлі».

10. Прояви з боку видільної системи:

А) відсутність яких-небудь змін;

Б) помірна активізація видільної функції – більш часте бажання скористатися туалетом при повному збереженні здатності утриматися (терпіти);

В) різке частішання бажання скористатися туалетом, чи труднощі, навіть неможливість терпіти.

11. Стан потовиділення:

А) звичайне потовиділення без яких-небудь змін;

Б) помірне посилення потовиділення;

В) поява рясного "холодного" поту.

12. Стан слизової оболонки порожнини рота:

А) звичайний стан без яких-небудь змін;

Б) помірне збільшення слиновиділення;

В) відчуття сухості в роті.

13. Колір шкірних покривів:

А) звичайний колір шкіри обличчя, шиї, рук;

Б) почервоніння шкіри обличчя, шиї, рук;

В) блідний колір шкіри обличчя, шиї, поява на шкірі кистей рук "мармурового" (плямистого) відтінку.

14. Сприйнятливість, чутливість до зовнішніх подразників:

А) відсутність яких-небудь змін, звичайна чутливість;

Б) помірне підвищення сприйнятливості до зовнішніх подразників, що не заважає роботі;

В) різке загострення чутливості, відволікання, фіксація на сторонніх подразниках.

15. Почуття впевненості в собі, у власних силах:

А) звичайне почуття впевненості у власних силах, здібностях;

Б) підвищене почуття впевненості в собі, віра в успіх;

В) почуття непевності в собі, очікування невдачі, провалу.

16. Настрій:

А) звичайний настрій;

Б) піднесений, підвищений настрій, відчуття підйому, приємного задоволення роботою чи іншою діяльністю;

В) зниження настрою, пригніченість.

17. Особливості сну:

А) нормальний, звичайний сон;

Б) гарний, міцний, освіжаючий сон напередодні;

В) неспокійний, з частими пробудженнями і сновидіннями сон упродовж кількох попередніх ночей, зокрема, напередодні.

18. Особливості емоційного стану загалом:

А) відсутність яких-небудь змін у сфері емоцій і почуттів;

Б) почуття заклопотаності, відповідальності за роботу, що виконується, "азарт", активне бажання діяти;

В) почуття страху, паніки, розпачу.

19. Перешкодостійкість:

А) звичайний стан, без яких-небудь змін;

Б) підвищення перешкодостійкості в роботі/здатність працювати в умовах шуму й інших перешкод;

В) значне зниження перешкодостійкості, нездатність працювати при відволікаючих подразниках.

20. Особливості мови:

А) звичайна мова;

Б) підвищення мовної активності, збільшення гучності голосу, прискорення мови без погіршення її якості (логічності, грамотності тощо);

В) порушення мови - поява тривалих пауз, запинок, збільшення кількості особистих слів, заїкуватість, занадто тихий голос.

21. Загальна оцінка психічного стану:

А) звичайний стан;

Б) стан зібраності, підвищена готовність до роботи, змобілізованість, високий психічний тонус;

В) почуття втоми, незібраності, неувважності, апатії, зниження психічного тону.

22. Особливості пам'яті:

А) звичайна пам'ять;

Б) поліпшення пам'яті - легко пригадується те, що потрібно;

В) погіршення пам'яті.

23. Особливості уваги:

А) звичайна увага без яких-небудь змін;

Б) поліпшення здатності до зосередження, відволікання від сторонніх справ;

В) погіршення уваги, нездатність зосередитися на справі, відволікання.

24. Кмітливість:

А) звичайна кмітливість;

Б) підвищення кмітливості, гарна спритність;

В) зниження кмітливості, розгубленість.

25. Розумова працездатність:

А) звичайна розумова працездатність;

Б) підвищення розумової працездатності;

В) значне зниження розумової працездатності, швидка розумова стомлюваність.

26. Явище психічного дискомфорту:

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів і переживань з боку психіки загалом;

Б) почуття психічного комфорту, підйому психічної діяльності або одиничні, слабо виражені, які швидко минають і не заважають роботі, явища;

В) різко виражені, різноманітні і численні, які серйозно заважають роботі порушення з боку психіки.

27. Ступінь поширеності (генералізованості) ознак напруги:

А) одиничні, слабо виражені ознаки, на які не звертається увага;

Б) чітко виражені ознаки напруги, не лише такі, що заважають діяльності, але, навпроти, що сприяють її продуктивності;

В) невелика кількість різноманітних неприємних ознак напруги, що заважають роботі різних органів і систем організму

28. Частота виникнення стану напруги:

- А) відчуття напруги не розвивається практично ніколи;
- Б) деякі ознаки напруги розвиваються лише за наявності реально важких ситуацій;
- В) ознаки напруги розвиваються дуже часто і нерідко без достатніх на те причин.

29. Тривалість стану напруги:

- А) дуже короткочасний, не більше кількох хвилин, швидко зникає ще до того, як минула складна ситуація;
- Б) продовжується практично впродовж усього часу перебування в умовах складної ситуації і виконання необхідної роботи, припиняється невдовзі після її закінчення;
- В) дуже велика тривалість стану напруги. Напруга не припиняється впродовж тривалого часу після складної ситуації.

30. Загальний ступінь виразності напруги:

- А) повна відсутність чи дуже слабкий ступінь виразності;
- Б) помірковано виражені, виразні ознаки напруги;
- В) різко виражена, надмірна напруга.

Обробка та інтерпретація.

За оцінку "+", поставлену напроти пункту "А" нараховується 1 бал, напроти пункту "Б" - 2 бали, напроти "В" - 3 бали. Min – 30 балів, Max-90 балів.

- 30-50 балів - слабка нервово-психічна напруга;
- 51-70 балів - помірна нервово-психічна напруга;
- 71-90 балів - надмірна нервово-психічна напруга.