

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Особливості професійного вигорання у представників допомагаючих професій (соціальних працівників та консультантів) в умовах війни в Україні

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-235 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Міхедька А.О.
(прізвище та ініціали)
Керівники
к.психол.н., доц.
Трофімова Д.О.
д.мед.н., проф.
Ситник С.І.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23» червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2025

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню особливостей вигорання у представників допомагаючих професій (соціальних працівників та консультантів) в умовах війни. Актуальність обумовлена високим рівнем стресу із яким стикаються представники вищезгаданих професій та відсутністю релевантних сучасних досліджень на теренах України, в тому числі за умови наявності активних військових дій на території країни, де зосереджена робота фахівців.

У першому розділі розкрито теоретичні основи поняття вигорання та невротичних проявів, наведено приклади симптоматики, причин появи та розкрито особливості надання соціальних послуг в умовах активної військової агресії.

В другому розділі представлено опис діагностичних методик, які використовувалися під час проведення емпіричного дослідження, а саме: Maslach Burnout Inventory, PHQ-9, GAD-7, PSS, розроблена анамнестична анкета. Також в цьому розділі надані описові характеристики отриманої вибірки.

Третій розділ даної роботи описує проведене емпіричне дослідження та проведений на основі нього аналіз основних показників, які ілюструють особливості вигорання серед представників допомагаючих професій. В цьому розділі також надано рекомендації до впровадження психоедукаційних та профілактичних заходів для представників вищенаведених груп.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Професійне вигорання, соціальна робота, військова агресія, профілактика вигорання

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД ПРЕДСТАВНИКІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ (СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА КОНСУЛЬТАНТІВ) В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ.....	10
1.1 Теоретичні основи професійного вигорання	10
1.2 Соціально-психологічні основи вигорання.....	14
1.3 Невротичні прояви та їх симптоматика.....	20
1.4 Особливості соціальної роботи в умовах військового конфлікту.....	24
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I	29
РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД ПРЕДСТАВНИКІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ (СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА КОНСУЛЬТАНТІВ) В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	31
2.1 Цілі, задачі та організація даного дослідження.....	31
2.2 Опис використаних методик.....	33
2.3 Характеристики вибірки та її параметри.....	37
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II	44
РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРЕДСТАВНИКІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ (СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА КОНСУЛЬТАНТІВ) В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	46
3.1 Ступінь внутрішньої узгодженості методик, що використовувались.....	46
3.2 Аналіз описових статистик.....	48
3.3 Практичні рекомендації до організації тренінга з профілактики вигорання серед соціальних працівників та консультантів.....	84
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III	89
ВИСНОВКИ	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	94

ВСТУП

Актуальність теми полягає в тому, що поняття вигорання серед представників допомагаючих професій не підіймалось в рамках останніх досліджень. В існуючих дослідженнях, які були знайдені відсутні аспекти впливу на вигорання такого чиннику, як військова агресія. На відміну від представників психологічної та психотерапевтичної спільноти, надавачі сфери соціальних послуг, які надаються вищезгаданими представниками професій, не мають можливості або не знають про важливість проходження супервізій та інших профілактичних заходів, в тому числі і самопомоги. В рамках нинішніх проєктів міжнародної технічної допомоги, які надають послуги через соціальних працівників чи консультантів майже не підіймається питання актуальності підтримки ментального здоров'я для такої частини вищезазначеної професійної групи.

Дослідження професійного вигорання на вітчизняному просторі стосувалися лише медичних представників, але не стосувалось групи надавачів соціальних послуг, що підтверджую вищенаведену інформацію.

В іноземних досліджень останніх років були проведені дослідження, які були направлені на виявлення взаємозв'язку між невротичними проявами та вигоранням серед представників соціальної сфери, які працюють у центрах допомоги матерям та дітям, які постраждали від насильства. Нами було проведено аналіз висновків даних досліджень, що показало значущий зв'язок між наведеними поняттями, але в них не було враховано аспекту військової агресії, що робить дане дослідження актуальним та унікальним. В умовах військової агресії представники соціальної сфери стикаються із унікальними факторами впливу не тільки на їх клієнтів, але і на них самих, які в свою чергу впливають на їх психологічний стан, що може призвести до виникнення симптомів вигорання та появи невротичних проявів.

Таким чином, ми можемо лише екстраполювати дані існуючих досліджень в інших країнах на ситуацію в Україні. Але головною проблемою даної екстраполяції є відсутність у вищезгаданих дослідженнях фактору активної

стадії війни. Також складність проведення подібних досліджень в Україні полягає в тому, що на території країни присутні як державні установи (ЦССДМ), в яких регулюється при прийомі на роботу відповідність наявності закінченого вищого освіти в сфері соціальної роботи, так і неурядові благодійні організації, в яких можуть бути працевлаштовані як спеціалісти з вищою освітою в сфері соціальної роботи, так і консультанти з соціальних питань, які можуть не мати вищої закінченої освіти, однак мають певні сертифікації шляхом проходження тренінгу та відображають послуги шляхом відповідності принципу "рівний-рівному".

Також, необхідно відзначити щодо останніх те, що у рамках відсутності освіти вони не мають необхідних знань з профілактики впливу вигорання на їх професійну та особисту частини життя. Також необхідно уточнити, що благодійні організації частіше всього контракують консультантів шляхом контракту з ФОП або ЦПХ ФО, які в свою чергу за правовими нормами не мають чіткого регулювання поняття відпустки.

В умовах військових дій на території України соціальні працівники та консультанти стикаються з більш складними випадками, ніж до 2014 року (наприклад: демобілізовані чи діючі військові, люди, які починають вживати психоактивні речовини, люди що, постраждали від насильства під час окупації, вимушені переселенці, вимушені представники секс-бізнесу, вимушені безхатьки, сім'ї, які втратили родичів та близьких і так далі). Робота з подібними групами може мати більший вплив на ментальний стан спеціаліста, ніж кейси, з якими ці спеціалісти працювали раніше.

В свою чергу наявність професійного вигорання напряду може вплинути на якість наданих психосоціальних послуг клієнтам. У свою чергу такі ситуації можуть привести до катастрофічних наслідків в рамках стосунків «соціальний працівник – клієнт» та «людина – людина».

Теоретико-методологічна основа дослідження базується на концепціях, сформованих Гербертом Фрейденбергом, в роботах Сьюзан Джексон, Кристини Маслах, поняття вигорання згідно із офіційною позицією Всесвітньої організації охорони здоров'я, даних щодо представлення проблеми професійного вигорання

серед медичних працівників (Чабан О.). Також вона спирається на діагностиках тривоги та депресії, статей та досліджень, представлених в Google Scholar, PubMed з питань професійного вигорання.

В рамках дослідження використовується інтегративний підхід до вивчення проблем професійного вигорання серед представників соціальної сфери.

Об'єкт дослідження: професійна діяльність представників допомагаючих професій в умовах війни.

Предмет дослідження: психологічні особливості розвитку та прояву професійного вигорання у соціальних працівників та консультантів в умовах війни в Україні.

Мета дослідження: виявити та охарактеризувати особливості професійного вигорання у представників допомагаючих професій (соціальних працівників та консультантів), які працюють в умовах війни в Україні, а також визначити чинники, що сприяють розвитку вигорання, та шляхи його профілактики.

Завдання дослідження:

1. Вивчити наявну літературу та результати інших досліджень з даної теми.
2. Дослідити специфіку професійної діяльності соціальних працівників і консультантів в умовах воєнного стану в Україні.
3. Провести аналіз психологічного стану соціальних працівників та консультантів з соціальних питань в умовах військової агресії на території України.
4. Визначити взаємозв'язок між професійним вигоранням та невротичними проявами в залежності від територіальних умов надання послуг та наявності у клієнтах випадків насильства у цій групі професіоналів.
5. Розробити рекомендації щодо профілактики та подолання професійного вигорання у фахівців допомагаючих професій в умовах війни.

Методи дослідження:

1. Анкетування. Для дослідження кореляції між емоційним вигоранням та невротичними проявами буде застосовано наступні методики, такі як Maslach

Burnout Inventory (MBI), Шкала задоволеності життям (The Satisfaction with Life Scale, SWLS), Шкала оцінки якості життя за О.С. Чабаном, Опитувальник з депресії (PHQ-9), Опитувальник оцінки здоров'я GAD – 7, Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) та самостійно розроблена анамнестична анкета. Дані методики та анкета дозволить зібрати кількісну інформацію про рівень вигорання та невротичних проявів серед соціальних працівників та консультантів із соціальних питань із даними щодо територіальних особливостей надання послуг, досвіду роботи та факту роботи із жертвами насильства серед клієнтів.

2. Аналіз досліджень та робіт зарубіжних та вітчизняних науковців та практиків щодо теми дослідження.

3. Статистичний аналіз даних, отриманих за допомогою анкетування та інших методів, використовуючи Jamovi.

Характеристика вибірки:

Для проведення дослідження буде обрано дві вибірки для подальшого порівняння, загальна кількість яких була б достатньою і репрезентативною для узагальнення результатів та проведення порівняльного аналізу:

Група 1: представники професій «людина-людина»: соціальні працівники, консультанти із соціальних питань, інші допомагаючі професії.

Група 2: представники інших, відмінних від «людина-людина», професій.

Всього вибірка становила 147 осіб, із яких 37 осіб – чоловіки, 110 осіб – жінки.

Із 147 осіб, 69 осіб працюють у сфері «людина – людина», 78 осіб не працюють у сфері «людина-людина».

Дослідницькі питання:

1. Які особливості професійного вигорання спостерігаються у соціальних працівників та консультантів, які надають соціальні послуги в умовах війни в країні?
2. Які саме психоемоційні та особистісні чинники впливають на розвиток професійного вигорання у представників допомагаючих професій?

3. Чи існують відмінності рівня професійного вигорання, в тому числі і невротичних проявів між соціальними працівниками та консультантами, що працюють в різних територіальних умовах по відношенню до близькості фронтової лінії та різними типами клієнтів в рамках присутності у клієнтів випадків насильства?

Теоретична значущість дослідження:

Теоретична значущість роботи полягає в поглибленні теоретичних знань щодо професійного вигорання. У зв'язку із наявністю унікальних особливостей, в яких надаються соціальні послуги працівниками допомагаючих професій, а саме наявність активної фази військових дій на території надання послуг та значної кількості клієнтів, які зазнали насильства, дана робота матиме вплив на поглиблення існуючих знань та виокремлення окремої категорії представників вищезгаданих професій, які зазнають екстремальних впливів на себе в рамках надання послуг через вищенаведені фактори.

Дослідження розширює теоретичні засади поняття вигорання та доповнює його особливості виникнення за рахунок впливу існуючих факторів, таких як тривалий стрес, нестабільність та нестача ресурсів та травмицізацію.

Дослідження виділяє взаємозв'язок між особистісними характеристиками представників цільової групи дослідження, стратегіями зменшення впливів на рівень вигорання та появи невротичних проявів, що в подальшому сприятиме розвитку спеціалізованих заходів психоедукації та психогігієни, спрямованої на зменшення впливу вищенаведених факторів в умовах надання послуг, що наведені вище.

Практична значущість роботи:

Дослідження висвітлює проблему представників професій «людина-людина», які слугують одними із головних помічників для людей, які постраждали чи страждають від психологічного та фізичного насилля, пов'язаного із факторами військової агресії. Результати роботи мають практичну значущість для подальшої адвокації питання вигорання серед представників

допомагаючих професій на рівні держави та міжнародних проєктів, в тому числі і виділення коштів на соціальну та психологічну підтримку для вищезгаданих професій.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД ПРЕДСТАВНИКІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ (СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА КОНСУЛЬТАНТІВ) В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ

1.1 Теоретичні основи професійного вигорання

Професійне вигорання, визначається як стан психологічного, фізичного та емоційного виснаження, яке виникає в результаті тривалого впливу стресорів, пов'язаних з роботою [2]. Професійне вигорання характеризується недостатньою залученістю, мотивацією та зацікавленістю у своїй роботі, що призводить до зниження продуктивності роботи та збільшення відсутності на роботі [3].

Вперше в історії поняття «професійне вигорання» було введено Гербертом Фрейденбергером в опублікованій статі в якій було наведено спостереження за волонтерами реабілітаційного центру догляду за людьми із наркотичною залежністю . В рамках свого спостереження він зосередив увагу на те, що у волонтерів реабілітаційного центру спостерігались стани демотивації та фізичні симптоми виснаження. Під час своєї роботи Фрейденберг зауважив про те, що найбільш схильні до вигорання професії «людина-людина», а саме: медики, психологи, соціальні працівники та інші. Дана публікація була основним поштовхом для подальших досліджень за цією темою в кінці 20 століття.

Отже, ми можемо узагальнити, що поняття має декілька визначень, які були наведені в рамках наступних досліджень. Наприклад, на підставі досліджень зі спортсменами Т. Рейдек [4] виділив три типи вигорання:

- Фізичне вигорання, що супроводжується фізичними симптомами.
- Емоційне вигорання, яка характеризується емоційним виснаженням.

- Поведінкове вигорання, яке виявляється в негативному ставленні та уявленнями до своєї роботи .

Нами були проаналізовані дослідження, які були проведені М. Гербер в рамках дослідження [5] організації роботи воєнізованих груп було визначено специфічні типи вигорання для груп поліцейських та військових, а саме:

- Оперативне вигорання, яке визначається відсутністю інтересу до теми своєї роботи та активності.
- Організаційне вигорання, яке характеризується негативним ставленням до організації, її цілей та мети.

В рамках нашого аналізу було розглянути положення А. Кобуса, який в своєму дослідженні зазначив про вплив вигорання не тільки на психічний стан, але і фізичний. В рамках дослідження він показує зв'язок вигорання із погіршенням фізичного здоров'я, такого як появу симптомів серцево-судинних захворюванням, хронічного болю та розладів шлунково-кишкового тракту та інших систем організму людини [6]. За даними досліджень Л. Холстена, вигорання напряму пов'язується із симптомами, які характерні для депресії та підвищеного рівня тривожності [7]. В рамках цих досліджень було виявлено те, що вигорання також пов'язано із зниження самоцінності, власної оцінки та інших аспектів власного сприйняття себе людиною.

Однією із дослідниць, із якою пов'язують наукове розкриття теми вигорання є науковець Крістіна Маслах, яка більшість часу своєю професійної діяльності присвятила питанню професійного вигорання. Її дослідження охоплювали ключові складові синдрому вигорання, зокрема емоційне виснаження, деперсоналізацію (яка проявляється в байдужому або навіть цинічному ставленні до клієнтів, колег або студентів) та редукції особистісних досягнень, сукупність яких потім почали називатись «трьохфакторною моделлю вигорання за К. Маслах».

Отже, першою діагностичною методикою за даною методикою став стандартизований інструмент для діагностики вигорання, який був створений К.

Маслах та С. Джексон у 1981 році під назвою Maslach Burnout Inventory (MBI). Перші версії даного опитувальника були створені для роботи із представниками соціальної сфери. Станом на сьогодні адаптовані версії даного опитувальника можуть бути використані для інших професій. Таких опитувальником стала універсальна версія MBI-General Survey (MBI-GS), яка використовується для всіх сфер робочої діяльності.

В подальшому, у 1990-х роках інтерес до тематики вигорання вийшов за межі соціальних професій, що спонукало науковців досліджувати як особистісні, так і організаційні чинники розвитку синдрому у представників різних професій. Це привело до створення більш універсальної версії опитувальника — MBI-General Survey (MBI-GS), який є адаптованим для застосування у будь-якій сфері трудової діяльності.

Разом із цим, паралельно із К. Маслах, під час активізації інтересу до питання вигорання серед представників різних професій були проведені та описані наступні моделі вигорання:

- Однофакторна модель за А. Пайнсом, де фактором є тривалість включення в ситуацію, яка може викликати вигорання;
- Двофакторна модель за В. Шауфелі, що є продовженням вищезгаданої моделі, за доданням другого фактору який викликає виснаження та деперсоналізацію;
- Чотирьохфакторна модель за Б. Перманом, де головними факторам є виснаження, деперсоналізація діяльності та суб'єктів та редукція особистісних досягнень;

Проаналізувавши інші дослідження в рамках цієї роботи ми знайшли інше трактування поняття вигорання, а саме вигорання, як процесу[18]. Дана інтерпретація цього визначення була наведена в дослідженнях, в яких вигорання розглядалося через призму процесу, що має стадійність (п'ятиступінчата модель за Дж. Грінбергом, фазова модель В. Буріша та динамічна модель за Б.

Перлманом). Враховуючи можливість розгляду вигорання як процесу, можна виділити наступні стадії за порядком:

- Початкова стадія: ігнорування власних потреб через надмірну залученість в роботу, зменшення активності та фізичні прояви у вигляді втоми та безсоння;
- Фаза зниження включення: байдужість та втрата емпатії до колег, поява цинізму та віддалення від колег;
- Фаза появи емоційних розладів: поява дратівливості, зменшення або втрата гнучкості в підході до роботи та до спілкування із колегами та іншими людьми, втрата задоволення від хоббі та повсякденного життя;
- Фаза появи деструктивної поведінки: поява проблем із концентрацією уваги, формалізація підходу до роботи, соціальна ізоляція;
- Фаза появи психосоматичних проявів: поява фізичних симптомів у вигляді головних болей, хронічного безсоння, проблем із тиском, зловживання психоактивними речовинами;
- Завершальна фаза: втрата сенсу життя, емоційне спустошення, внутрішня криза та апатія;

За вищенаведеною інформацією, ми побачили, що поняття вигорання може бути визначене з різних сторін та за різними моделями, що в свою чергу допомогло та допомагає створити інструменти та підходи в роботі, які поставлені за основою покращити загальний та фізичний стан, враховуючи існуючі умови та впливи у зв'язку із внутрішніми та зовнішніми факторами, які є актуальними на період часу.

Під час проведення дослідження був проведений не тільки історичний аспект виявлення поняття вигорання, але нами було проаналізовано сучасні підходи до визначення даного феномену.

Під час проведення аналізу було проаналізовано основні діагностичні керівництва. До прикладу, в рамках Діагностичного та статистичного

керівництва з психічних розладів (DSM-5), вигорання не було визначено як окремий розлад чи стан.

На відміну від вищевикладеного, в Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (ICD-10) поняття професійного вигорання вже було визначено як професійний феномен.

Саме в 10-му перегляді Міжнародної класифікації хвороб професійне вигорання вже було визнано, як феномен[29]. В вищезгаданому керівництві вигорання визначається, як синдром, що виникає через тривалий робочий стрес, з яким людині не вдається впоратись. Основні ознаки даного синдрому:

- Відчуття хронічної емоційної та фізичної виснаженості;
- Емоційна відстороненість від професійної діяльності;
- Зниження професійної результативності;

В класифікації зазначається те, що синдром вигорання не визначається, як клінічний діагноз і не може прийматися за психічний розлад, в тому числі і як розлад настрою чи адаптації.

За результатами проведеного літературного аналізу можна сформувати те, що однією із головних проблем в рамках вигорання є те, що вигорання не визнано офіційними протоколами та немає діагностичних критеріїв.

1.2 Соціально-психологічні основи вигорання

В рамках останніх років проблема професійного вигорання набуває значного значення та поширення через збільшення та посилення вимог праці, рівня залучення працівників до різних типів роботи, використовуючи інтегративні моделі праці на робочому місці, швидкості змін соціального середовища. Нами було виявлено, що саме через це на сьогодні все сильніше постає питання стосовно зниження залученості, мотивації та емоційного виснаження працівників. Отримані нами результати показують необхідність

більш глибокого аналізу феномену вигорання постає не тільки перед науковцями та практичними психологами, але і зачіпляє інтереси менеджменту роботодавців. У зв'язку із цим феномен професійного вигорання був розглянутий не лише через призму клінічної картини, але і через соціально-психологічну.

В рамках дослідження нами було проаналізовано феномен вигорання через соціально-психологічний аспект, що дозволив вийти за межі моделей індивіда, що має характерні особливості та якості. На відміну від цього, соціально-психологічний підхід розглядає проблему більш комплексно, додаючи фактори не лише індивіду, але і взаємодій між людьми, ролі, очікування соціальної мережі, фактору наявності підтримки, стилю керівництва та культури.

За проведеним нами аналізом, основою соціально-психологічного підходу є те, що виснаження індивіда не може бути повністю зрозуміле поза межами соціуму, який структурно впливає на людину та її особистість [18]. Даний підхід дозволяє розглянути феномен вигорання як комплексність багатьох факторів, які формуються під час взаємодії особистості із робочим середовищем, системою культури та керівництва, обмежень та очікувань.

Цей підхід є важливим у проведеному аналізі адже ми досліджували саме вигорання серед представників професій «людина-людина», де територією роботи є соціум та постійна активна взаємодія є обов'язковою умовою: якість комунікації в команді, підтримка з боку керівництва, культура спільноти, система оцінювання досягнень, відчуття справедливості тощо.

Застосування соціально-психологічного підходу дало нам змогу проаналізувати:

- Вплив соціального середовища на рівня стресу індивідуумом;
- Вплив системи норм, групових динамік та цінностей на процеси вигорання;
- Типи взаємодії в команді та їх вплив на вигорання.

В межах дослідження було проаналізовано низку теорій соціальної психології, які пояснюють механізми виникнення професійного вигорання, як

результати взаємодії між індивідуумами та соціальних робочим середовищем. В рамках аналізу даних теорій виокремились тези, за якими потребується додаткові дослідження.

Теорія соціального обміну

Згідно із однією із впливовіших теорій соціального обміну за Дж. Хомансом та П. Блау, за якою людські стосунки ґрунтуються на принципах співвідношення витрат і винагород, працівник вкладуючи емоційні, соціальні та когнітивні ресурси, очікує відповідної компенсації у вигляді підвищеної заробітної плати, визнання та інших благ.

У випадку нестачі такого балансу, працівник може впадати у фрустрацію, що потім може вийти у формування синдрому вигорання. Дисбаланс між отриманням та вкладенням може стати у свою чергу фактором для розвитку постійності такого стану.

Теорія когнітивного дисонансу

За концепцією Л. Фестінгера, стан внутрішньо конфлікту виникає внаслідок невідповідності та суперечності між переконаннями, поведінкою та установками. В аспекті роботи прикладом для ілюстрації є випадок, коли фахівець змушений працювати за принципами чи виконувати дії, що суперечать його ціннісним орієнтиром.

Така ситуація в подальшому може слугувати джерелом психологічного напруження та за умови постійності може переходити у фактор, який формує синдром вигорання.

Теорія ролей та рольового конфлікту

Проаналізована нами теорія ролей за М. Коном говорить про те, що кожна людина в соціумі виконує свої ролі, що він потребує, за якими стоять очікування та обов'язки. До прикладу, в рамках роботи соціального працівника, такими очікування та еталонами роботи є високий рівень емпатії, відповідальності та толерантності.

Ситуації, які можуть бути конфліктними для такої роботи, тобто невизначенність цілей, відсутність порядку дій та інші особливості, які можуть

бути характерними для сфери неурядового сектору, в подальшому можуть формувати стани емоційного виснаження..

Теорія соціальної підтримки

За аналітикою концепції соціальної підтримки Д. Хауза, наявність чи відсутність соціальної підтримки з боку соціуму напряду впливатимуть на рівень стресу людини. В рамках соціальної роботи такою підтримкою може слугувати емоційна підтримка: відчуття того, що ситуація, в якій є людина, є схожою до проблем інших колег.

В опозиції до цього може ставати соціальна ізоляція та відсутність підтримки з боку колег, яке в подальшому може призводити до стану покинутості та емоційного виснаження, які можуть, як вже було наведено вище, ставати одними із причин формування вигорання за наявності постійності знаходження у подібних станах[30].

В свою чергу в рамках дослідження синдрому вигорання потрібно розглядати соціально-когнітивні теорії, в яких поведінка людини розглядається через призму взаємодії когнітивних процесів, середовища та особистісних характеристик.

В рамках даних теорій було побачено особливості окремих працівників та пояснити у зв'язку із чим один працівник має більш виражені стани, аніж інший.

Теорія самоефективності

За знайденою нами в рамках дослідження теорією А. Бандури, самоефективність є вірою людини в свої власні сили під час боротьби та вирішенням проблеми. Посилаючись на дану теорію можна інтерпертувати, що працівник із більш високою самоефективністю, який вірить в власні сили, можуть сприймати конфлікти та складні ситуації, як виклик та можливість до зростання, а не як загрозу. В протилежність цьому, працівник із низькою самоефективністю може мати більшу вразливість до стресових ситуацій та більше виснаження, що в свою чергу за умови постійності може напряду впливати на швидкість появи вигорання.

Локус контроль

Концепція локусу контролю за Дж. Роттером стосується того, як людина інтерпретує джерело контролю над подіями у своєму житті. Внутрішній локус контроль пояснюється особливістю сприймати можливість контролю свого життя лише за умови самостійних дій, вибору та незалежності від зовнішнього середовища. Зовнішній локус контроль каже про залежність від подій в зовнішньому світі[31].

Внутрішній локус контролю може бути захистом від вигорання: працівники з таким типом переконань активніше шукають рішення, можуть краще адаптуватися до змін. Зовнішній локус контролю може сприяти тривожності, почуттям безсилля і вищої схильності до вигорання.

Теорія набутої безпорадності

Теорія набутої безпорадності М. Селігмана, яка пояснює стан, коли людина, що не змогла побороти стресову ситуацію в минулому, втрачає бажання намагатися вирішити її в майбутньому, при екстраполяції на соціальну роботу, описує ситуації, під час яких соціальний працівник не маючи можливості впливу на ситуацію через вертикальний стиль керівництва, або у випадку жорсткої відмови у минулому, в майбутніх ситуацій вже не намагається пропонувати свої варіанти вирішення[35].

Отже, такі випадки також можуть викликати подальші стани фрустрації, відчуття відсутності зацікавленості у ньому, та в майбутньому можуть стати тригером вигорання.

Модель контролю попиту

Модель Р. Карасека, описує формування стресу, коли поєднуються високі робочі вимоги з низьким рівнем контролю з боку працівника.

За прикладами, що описані вище, робота соціальної сфери найчастіше диктується протоколізацією, особливо у випадках неурядових організацій, які працюють за допомогою міжнародних технічних проектів. У таких випадках, соціальний працівник, як робоча одиниця має бути наділений високою емпатійністю, толерантністю, але не має впливу на зміну протоколів надання

послуг чи в рамках вирішення комплексних проблем, які напряду впливають на його роботу.

Найменш ризикованою є ситуація, коли працівник має високий контроль навіть за умов інтенсивної роботи — у такому випадку він відчуває вплив на події, що підтримує його залученість і стійкість. Але не кожний проект може залучати працівників таким чином, влаштовуючи їм умовний кар'єрний ліфт.

Модель організаційної культури

Додатково до вищесказаного, в залежності від моделі організаційної культури, яка підтримується в організації, де працює соціальний працівник, може відбуватись як підтримка працівника та його роботи, так і створення токсичної атмосфери, яка в подальшому впливає на фактори, які продукують вигорання:

- Авторитарний стиль управління, коли працівник позбавлений голосу у прийнятті рішень;
- Конкурентне середовище замість співпраці;
- Підозрілість, ізоляція, плітки в колективі;
- Неформалізовані або суперечливі очікування;
- Відсутність ритуалів визнання досягнень, подяки та святкування спільних перемог.

У таких випадках, спираючись на моделі описані вище, можна казати про те, що постійний стан фрустрації, пригніченості, апатії до роботи можуть розглядатися, як фактори, що стимулюють вигорання.

Культурна специфіка вигорання

В рамках теоретичного аналізу нами було отримано висновки, що культурні організаційні особливості можуть визначати не лише ймовірність вигорання, але й способи його переживання, визнання, подолання. У колективістських культурах (азійські країни) часто спостерігається тенденція придушення емоцій, що в подальшому може впливати на складність своєчасного бачення умовних симптомів. Натомість у індивідуалістичних суспільствах (європейські країни) вигорання вже давно визнане проблемою, що дозволяє легітимізувати звернення по допомогу[76].

Українська культура, сформована на перетині колективістських і пострадянських цінностей, довгий час ігнорує психоемоційне виснаження як проблему. Лише в останні роки починають з'являються програми профілактики вигорання, психоедукації для фахівців, групові формати підтримки.

Культуральні відмінності створюють потребу у культурно чутливих інтервенціях, які враховують соціальні норми та локальні моделі[39].

Вигорання в умовах війни та кризи

Наразі, український контекст є особливо чутливим до історичного моменту — війна, тривала нестабільність, втрата домівок, смерть, травма, вимушене переселення формують середовище колективного виснаження, в якому працівники соціальної сфери працюють щодня:

- Емоційне залучення до теми війни, оскільки фахівці — самі жертви або родичі жертв;
- Робота у стані перманентної кризи, без перспективи відпочинку;
- Відсутність гарантій безпеки;
- Переосмислення сенсів професії та знецінення рутинних форм допомоги на тлі масштабного горя[73].

Вигорання в умовах війни має не тільки психологічне, а й екзистенційне забарвлення, що може виявлятися у втраті віри в ефективність допомоги, зневірі в людських мотивах, криза гуманістичних цінностей[76][77].

Соціально-психологічні теорії професійного вигорання надають комплексне розуміння феномену, висвітлюючи не лише його індивідуально-психологічні, а й структурно-соціальні витоки.

1.3 Невротичні прояви та їх симптоматика

Згідно аналізу теоретичних джерел, невротичні прояви або розлади є групою психічних станів, що пояснюються надмірним емоційним збудженням та

тривогою, іноді супроводжуються депресією та фізичними симптомами [8]. Невротичні прояви характеризуються страхами та неспроможністю впоратися зі стресом або повсякденними труднощами.

За З. Фрейдом, невроз можна інтерпретувати як результат не проявленої психологічної конфліктності, особливо тих, що виникають з дитячого досвіду, які не можуть бути вирішені. Розенталь у своїх працях описує невроз як «хронічний або повторюваний розлад розуму, який не є психотичним розладом, що характеризується тривогою, фобіями, obsesіями, компульсіями, депресією та іншими симптомами» [14].

Протягом всіх років дослідження науковці визначили поняття поняття невротичних станів, такі як загальний тривожний розлад, панічний розлад, фобії, компульсивно-obsesивний розлад та соматичний розлад [13][16][17]. Ці психічні розлади мають спільні ознаки, такі як надмірні страхи, тривога та уникання повсякденних дій, які заважають повсякденному життю [8].

Отже, невротичні стани можуть мати серйозні наслідки для якості життя людини, включаючи як фізичний стан так і можливість до роботи. Описані вище розлади також можуть призводити до небезпечної поведінки, такої як вживання наркотичних засобів, алкоголю, небезпечної поведінки [22] [24]. Невротичні розлади соціальному життю людини, в тому числі напряду впливаючи на соціальну ізоляцію та інші аспекти [9].

За теоретичним аналізом, стрес визначається станом фізіологічного та психологічного збудження, що виникає в результаті невідповідності між вимогами навколишнього середовища та здатністю індивіда впоратися з цими вимогами [10]. Зв'язок між стресом та негативними наслідками, такими як емоційне вигорання та невротичні прояви, добре документовані в наукових дослідженнях [18][21][31].

Згідно з Масляч та Джексон [13], одна із дефініцій вигорання - це реакція на хронічний стрес на роботі, який пов'язаний з розбіжністю між очікуваннями індивіда та реальністю робочого середовища. Емоційне вигорання часто

супроводжується фізичними та психологічними симптомами, такими як хронічна втома, безсоння, депресія та тривога [15].

Потрібно зосередити увагу, що невротичні прояви також можуть бути ознаками психічних розладів, які можуть включати в своїх симптомах емоційну дерегуляцію, небезпечні стратегії до адаптації. До них відносяться надмірне переживання, страх, тривога, панічні напади та obsесивно-компульсивна поведінка [8]. Дослідження встановлюють зв'язок між стресом та невротичними симптомами, особливо якщо стрес є хронічним та тривалим [11].

В рамках даного дослідження нами було виявлені основні пояснення в рамках проведених наукових досліджень, які показують прямий зв'язок між стресом та емоційним вигоранням.

До прикладу, трансакційна модель стресу [10] показує, що стрес виникає, коли індивід стикається із вимогами середовища, які перевищують його можливості. Згідно з цією моделлю, впорядковуючі стратегії можуть бути спрямовані на проблему, що полягає в зміні середовища, або на емоції, що спрямовані на регулювання емоційних реакцій. Індивіди, які залежать від впорядковуючих стратегій, спрямованих на регулювання емоцій, легше переживають подібні ситуації та мають в перспективі менші шанси спостерігати в собі психологічні симптоми, такі як вигорання та невротичні прояви.

Водночас із цим, теорія збереження ресурсів [12][33][38] пояснює фактори особистих та соціальних ресурсів у зменшенні впливу стресу на людину. Стресори вичерпують ресурси індивіда, такі як час, енергія та соціальна підтримка, що призводить до вигорання та психологічного виснаження. Індивіди із достатніми ресурсами для впорядкування стресорів, проявляють меншу вразливість до емоційного вигорання та невротичних проявів[27].

У рамках нашого аналізу можна підсумувати, що вплив обох теорій важливу роль відіграє соціальний контекст — колеги, керівництво, команда. Соціальне середовище може як пом'якшувати дію стресорів (через емоційну підтримку, кооперацію, довіру), так і посилювати їх (через конкуренцію, тиск, ізоляцію)[78].

Актуальним також є поняття уразливості, тобто таких характеристик соціального контексту, які роблять працівника більш схильним до вигорання[32].

Наприклад:

- Токсичне лідерство,
- Культура перевиконання,
- Відсутність можливості для відпочинку,
- Ігнорування меж особистого й професійного.

Ці чинники сприяють тому, що навіть ті працівники, які мають високі адаптивні ресурси, поступово втрачають здатність до емоційного саморегулювання[74].

Виходячи із вищенаведеного нами, ми можемо зауважити, що стрес має значний вплив на розвиток емоційного вигорання та невротичних проявів[75]. В рамках існуючих теоретичних основ присутні пояснення, які пояснюють зв'язок між стресом та негативними наслідками, включаючи транзакційну модель стресу та теорію збереження ресурсів.

Емоційне вигорання - це стан, пов'язаний із тривалим робочим або особистим стресом, який призводить до втрати активності, потенціалу та бажання до роботи, емоційної виснаженості та соціальної ізоляції. Воно впливає на різні аспекти психічного та фізичного здоров'я, включаючи когнітивні, поведінкові та емоційні функції [14]. Люди, які стикаються з емоційним вигоранням, можуть перестати справлятися із стресорами, що виникають на роботі або в особистому житті, що може призвести до симптомів та проявів, які можуть бути дезадаптивними, якщо не використовувати психоедукаційні та профілактичні заходи[17] [19].

Отже, до стану емоційного вигорання можна віднести такі симптоми, як втому, безсоння, тривогу, депресію, роздратованість та втрату інтересу до ранішелюблених занять [28]. Людина може помічати зниження концентрації, загубленість та складнощі з прийняттям рішень, що може впливати на їхню продуктивність на роботі, а також у особистому житті [40][78]. Крім того, ті, хто стикається з емоційним вигоранням, можуть проявляти психосоматичні ознаки,

такі як головні болі, проблеми зі шлунково-кишковим трактом, симптоми серцево-судиних та неврологічних захворювань [36].

Нам важливо зазначити, що емоційне вигорання часто супроводжується невротичними проявами, такими як obsесивно-компульсивні порушення, фобії, панічні атаки та іпохондрія. Людина, що має емоційне вигорання, також може проявляти невротичну поведінку, таку як перфекціонізм, компульсивні дії, потреба у контролі, що може ще більше погіршувати стан та призводити до поєднання та збільшення проявів [40].

Отже, емоційне вигорання та супроводжуючі його невротичні прояви можуть негативно впливати на психічне та фізичне здоров'я людини. Важливо вчасно розпізнавати симптоми та фактори ризику цього стану та шукати професійну допомогу для попередження наслідків. Прийняття здорового способу життя та психотерапевтичні методи можуть допомогти людям протистояти емоційному вигоранню та поліпшити загальний стан здоров'я.

1.4 Особливості соціальної роботи в умовах військового конфлікту

Воєнні дії створюють на території, на якій вони відбуваються соціальні, гуманітарні та економічні кризи. Вони напряму впливають на життєвий стан, звички та змінюють ритм життя людей, що в свою чергу не може не вплинути на психічний стан. Зруйнована інфраструктура, загибель людей, вимушене переселення, нестабільність впливає на повсякденне життя людей та призводить до більшої потреби у соціальній підтримці[55].

Особливо потрібно відзначити, що специфічністю соціальної роботи під час активних воєнних дій є адаптивність. Соціальні працівники мають швидко зреагувати та призвичаїтись до нових обставини, в умовах обмеженості ресурсів або їх нестачі і водночас координувати свої дії з міжнародними гуманітарними та державними організаціями[54]. Задачею соціального працівника є не лише прибирання бар'єрів до базових життєвих проблем клієнта, але і його

ресоціалізація у новому просторі, надання доступу до послуг правового захисту, підтримка емоційного стану.

На основі вищесказаного потрібно зазначити, що роль соціальних працівників розширюється, адже вони не лише забезпечують послуги з надання допомоги, а й у перший час супроводу клієнта ролі координаторів, психологів, консультантів та правозахисників[55]. Їхня діяльність включає:

- Гуманітарну допомогу: починаючи від забезпечення речами, закінчуючи тимчасовим житлом.

- Первинну психосоціальну допомогу.

- Правова допомога – сприяння оформленню необхідних документів, підтримка у питаннях отримання соціальних виплат, допомога з легалізацією статусу біженців або переміщених осіб.

- Захист прав людини – боротьба з порушеннями прав цивільного населення, робота з жертвами насильства, захист прав дітей та жінок у зонах бойових дій.

Знайдені нами наукові дослідження вказують на те, що соціальні працівники можуть ефективно адаптуватись в рамках роботи до умов воєнного конфлікту. Наприклад, у дослідженні Л. Кагана та його колег наведено приклади що завдяки організованим програмам підтримки соціальні працівники змогли надати сирійським біженцям у Туреччині не тільки послуги із забезпечення базових потреб, але і первинну психосоціальну допомогу, що сприяло їхній адаптації.

Окремим напрямом соціальної роботи під час війни є захист прав людини або параюридична допомога. Під час війни спостерігаються численні порушення – насильство, сексуальна наруга, викрадення, примусове переселення катування, обмеження доступу до необхідних людині медичних та соціальних послуг. Соціальні працівники можуть брати активну участь організації притулків, надавати юридичні консультації та допомагати у реінтеграції постраждалих у суспільство[34].

Крім того, соціальна робота також може передбачати відновлення соціальних зв'язків і сприяють адаптації людей, які втратили свої домівки, до нових умов. Важливу роль відіграє робота із міжнародними організаціями, такими як "Amnesty International" та "Human Rights Watch", які допомагають привернути увагу до проблем порушення прав та адвокатують це питання на всіх можливих рівнях впливу[23].

Фінансування соціальної роботи в умовах воєнних дій є досить важким і складним процесом. Через спрямування значних державних ресурсів на оборонні потреби соціальні ініціативи можуть залишатися без необхідних ресурсів. У таких умовах важливою є підтримка міжнародних благодійних фондів та ініціатив, до прикладу:

- Програми ООН – підтримка внутрішньо переміщених осіб, надання житла, доступ до освіти та охорони здоров'я.
- Гранти, що спрямовані на підтримку соціальних служб у країнах, що приймають біженців.
- "Médecins Sans Frontières" – допомога з медичним забезпеченням, психологічною підтримкою та наданням першої необхідної допомоги в зонах конфлікту.

Соціальна робота в умовах війни може бути виснажливою, працівники майже щодня стикаються з складними кейсами, повними трагічних історій[56][57]. Це може призводити до:

- Емоційного вигорання.
- Посттравматичного стресового розладу.
- Фізичного виснаження та інших станів ментального та фізичного здоров'я

Професійне вигорання серед соціальних працівників має низку унікальних характеристик, які відрізняють його від аналогічних станів у представників інших професій[44][45]. Це може бути зумовлено специфікою діяльності, яка передбачає постійний емоційний контакт із клієнтами, роботу з кризовими ситуаціями та вразливими групами населення, а також високий рівень навантаження[53]:

- Робота з кейсами травматичних ситуацій

Соціальні працівники часто взаємодіють із клієнтами, які зазнали сексуального та фізичного насильства, дискримінації, втрати житла або живуть із важкими діагнозами (наприклад, ВІЛ/СНІД, наркозалежність, психічні розлади)[79][80]. Такий щоденний контакт з травмою призводить до виникнення феномену «вторинної травматизації», що є одним із тригерів вигорання [41][81].

- Військовий і поствоєнний контекст

У країнах, які зазнали військових дій, соціальні працівники стикаються з кейсами клієнтів, які напряду постраждали від військових дій[82][83]. Підвищене навантаження, робота в умовах невизначеності та обмежених ресурсів, а також недостатня підтримка з боку держави значно підвищують ризик емоційного виснаження [26][43].

- Праця з уразливими групами

Соціальні працівники, які працюють із представниками ключових груп — людьми, які живуть із ВІЛ, наркозалежними, ромами, трансгендерними людьми тощо — часто стикаються з подвійною стигматизацією[59][60]: як з боку суспільства, так і з боку професійного середовища. Це створює постійний тиск та емоційне навантаження [42].

- Організаційна культура та підтримка

Низький рівень організаційної підтримки, відсутність супервізій, відсутність чітких кар'єрних перспектив також сприяють формуванню хронічного стресу, що в подальшому трансформується у вигорання[46].

Професійне вигорання є поширеним серед багатьох допомагаючих професій, однак його інтенсивність, структура та прояви можуть суттєво відрізнятися залежно від характеру діяльності, типу клієнтів і контексту виконання роботи[61][62].

- Соціальні працівники та психологи

Психологи частіше стикаються з вигоранням, однак вони мають вищу підготовку до саморефлексії та психогієни[85][86]. Соціальні працівники, навпаки, мають обмежений доступ до психотерапевтичної підтримки, а їхня робота часто не передбачає регулярного аналізу шляхом інструментів профілактики чи супервізій[47][48].

- Соціальні працівники та медики

Медичні працівники часто мають чіткіші ролі, обов'язки. Соціальні працівники змушені діяти в умовах багатофункціональності, що створює додатковий стрес[49].

- Вікові та гендерні аспекти

Дослідження вказують, що жінки більш схильні до емоційного вигорання через соціалізовану схильність до емпатії, тоді як чоловіки частіше мають тенденцію до деперсоналізації[84]. Молоді працівники стикаються з завищеними очікуваннями та браком досвіду, а старші — з втратою мотивації через тривале навантаження[51][52].

- Вигорання новачків і досвідчених фахівців

Новачки мають високу ймовірність вигорання на етапі адаптації — через ідеалізм, відсутність чітких меж, бажання «врятувати всіх». Досвідчені спеціалісти, натомість, можуть відчувати хронічну втому, апатію та професійний цинізм. Обидві групи потребують різних форм профілактики та підтримки[50].

Практична значущість підходів має полягати в наступних аспектах:

- Бути багаторівневими (індивідуальні, групові, інституційні);
- Враховувати культуральні, організаційні та особистісні цінності та аспекти;
- Створювати базис для програм профілактики, що інтегрують психоедукацію, супервізію;

У контексті сучасної України — країни, що переживає війну, соціальну турбулентність та кризу державних інституцій — соціально-психологічне

розуміння вигорання є критично необхідним для підтримки фахівців допомагаючих професій, які працюють на межі емоційних і фізичних можливостей.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

В даному розділі наведено аспекти, які показують фактори впливу на психоемоційний стан працівників соціальної сфери та ефективність їхньої діяльності.

Дана частина роботи показує, що вигорання є психологічним феноменом, що виникає внаслідок хронічного стресу та інтенсивного робочого навантаження. Професійне вигорання супроводжується фізичним та психічним виснаженням, що негативно впливає на особисте та професійне життя людини. В рамках наведеного теоретичного аналізу було надано інформацію про початок вивчення феномену, починаючи з 1970-х років, в рамках якого основоположні концепції Крістіни Маслах та інших дослідників стали фундаментом для сучасного розуміння цього явища. В рамках розділу наведено моделі та стадії вигорання, що визначені теоріями вищезгаданих вчених, що в дозволяє розробити ефективні методи профілактики та боротьби з цим явищем.

В цій частині дипломної роботи зазначено, що професійне вигорання не є офіційно визнаним психічним розладом у DSM-5. Водночас у МКХ-10 воно класифікується як професійний феномен, що свідчить про серйозний вплив на працівників різних сфер діяльності, особливо тих, хто працює в системі «людина-людина». Наведені у розділі дослідження зазначають, що вигорання може спричинити порушення фізичного здоров'я та психічного стану.

Розділ має в собі проведений теоретичний аналіз соціальної роботи в умовах військового конфлікту, що показує, що сфера зазнає значних змін під впливом воєнних обставин. Проведені дослідження за темою показують, що соціальні працівники відіграють одну із ключових ролей у забезпеченні

соціальної підтримки найбільш вразливих категорій населення, координують надання гуманітарної допомоги, психологічної підтримки та правового захисту. Теоретичний аналіз підкреслює, що війна створює додаткові виклики, зокрема підвищене навантаження, нестачу ресурсів та емоційне виснаження, що значно підвищує ризик вигорання серед даних працівників сфери.

Результати даного теоретичного дослідження підтверджують необхідність розробки систем підтримки соціальних працівників. В тому числі виокремлюється, що фінансова підтримка соціальних ініціатив з боку міжнародних організацій та державних структур є необхідною для підвищення ефективності соціальної роботи та зменшення негативного впливу професійного вигорання.

Таким чином, результати дослідження підкреслюють важливість своєчасної діагностики професійного вигорання та розробки ефективних інструментів його профілактики.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД ПРЕДСТАВНИКІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ (СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА КОНСУЛЬТАНТІВ) В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

2.1. Цілі, задачі та організація даного дослідження

Дослідження проводиться з метою визначення особливостей професійного вигорання представників допомагаючих професій (соціальних працівників та консультантів) в умовах війни в Україні.

Даний етап дослідження має основні завдання в підборі відповідних психодіагностичних методик для визначення рівня професійного вигорання серед представників допомагаючих професій (соціальних працівників та консультантів) в умовах війни в Україні, в тому числі за допомогою порівняння рівнів вираження професійного вигорання та невротичних проявів серед представників та не представників допомагаючих професій. Також додатково для визначення особливостей професійного вигорання серед представників допомагаючих професій проводиться порівняння за анамнестичними характеристиками: досвід роботи у сфері допомагаючих професій, місце проживання у відношенні до наближеності до фронту та досвідом роботи із жертвами насилля.

Крім того, одним із завдань даного дослідження є емпіричне визначення кореляції між професійним вигоранням та тривогою й депресією серед представників допомагаючих професій (соціальних працівників та консультантів) в умовах війни в Україні зважаючи на кореляцію за вищезгаданими характеристиками анамнестичної анкети.

Емпіричне дослідження спрямоване на вивчення рівня професійного вигорання, суб'єктивного благополуччя та рівня стресу серед представників

допомагаючих професій — соціальних працівників, консультантів, психологів, а також працівників неурядових організацій, що надають соціально-психологічну підтримку в умовах війни в Україні.

Збір даних здійснювався у кілька етапів:

1. Підготовчий етап (жовтень 2024 р.):

- Створення онлайн-анкети в Google Forms, яка включає стандартизовані діагностичні методики (Maslach Burnout Inventory, PHQ-9, GAD-7, Perceived Stress Scale, Satisfaction with Life Scale та інші), а також створену анамнестичну анкету.

2. Основний етап збору даних (листопад 2024 р. — січень 2025 р.):

- Онлайн-анкета була розповсюджена через неурядові організації, внутрішні телеграм чати громадських і благодійних організацій, а також через особисті контакти та електронну пошту.
- В анкетуванні взяли участь респонденти з різних регіонів України, як з прифронтових зон, так і з відносно безпечних територій.

3. Підсумковий етап (лютий 2025 р.):

- Узагальнення та попереднє очищення бази даних від дублікатів та неповних відповідей.
- Первинний аналіз результатів, зокрема результатів по кожній із обраних методик.
- Проведення аналізу в програмному забезпеченні Jamovi.

Місце проведення дослідження:

Анкетування проводилось онлайн, що дозволило залучити респондентів з декількох регіонів України. Завдяки цьому було охоплено як спеціалістів, які працюють в умовно безпечних регіонах, так і тих, хто працює в прифронтових регіонах.

Тривалість дослідження: збір даних тривав з 1 листопада 2024 року по 25 січня 2025 року.

Дані репрезентативної вибірки було використано для кількісного аналізу проявів професійного вигорання та його зв'язку з іншими психологічними чинниками та особливостями, що були визначені анамнестичною анкетною.

2.2 Опис використаних методик

Задля досягнення мети та завдань даного дослідження були нами були використані наступні методики:

- **Оцінювання рівня професійного вигорання МВІ (за методикою К. Маслах і С. Джексон)**

Дана методика описує трьохфакторну модель вигорання за К. Маслах та містить 22 запитання. Його основою є трьохкомпонентна модель, запропонована дослідниками К. Маслах та С. Джексон, яка передбачає аналіз трьох ключових аспектів[62]: емоційного виснаження, деперсоналізації та редукцію особистісних досягнень. Дана методика дозволяє комплексно оцінити рівень вигорання у представників сфери соціальної роботи.

Адаптована українська версія цього інструменту вже застосовувалася у вітчизняних наукових дослідженнях. Зокрема, її використано в рамках публікації «Дослідження синдрому вигорання. КППТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні» авторства М. Олійника (Львів, червень 2021 р.).

- **Оцінювання загального рівня життєвої задоволеності (шкала SWLS)**

«Шкала задоволеності життям» (SWLS) була розроблена американськими дослідниками Е. Дінером, Р. Еммонсом, Р. Ларсоном і Ш. Гріффіном у 1985 році[20][72]. Методика складається з п'яти тверджень, які оцінюються за 7 бальною шкалою – від «категорично не згоден» до «повністю згоден». Підсумковий бал дозволяє нам визначити, наскільки людина задоволена власним життям.

Шкала широко використовується в психологічних дослідженнях, що стосуються як загального благополуччя, так і клінічних аспектів, зокрема вивчення психоемоційного стану у професіоналів допоміжних спеціальностей, студентів, осіб із хронічними захворюваннями тощо[70][71].

Український переклад шкали SWLS було виконано з дотриманням принципів адаптації у праці «Адаптація українськомовної версії шкали Задоволеності життям Е. Дінера» авторства В. Олефіра та В. Боснюка («Наука та освіта», №2, 2024).

- **Оцінювання якості життя за методикою О.С. Чабана**

«Шкала оцінки якості життя», що була створена українськими вченими Олегом Созонтовичем Чабаном та Оленою Олександрівною Хаустовою, є психодіагностичним інструментом, призначеним для комплексної оцінки суб'єктивного сприйняття різних аспектів свого. Ця методика враховує фізичне, емоційне, соціальне та професійне благополуччя особистості.

Опитувальник складається з 10 пунктів, кожен з яких оцінюється за 10-бальною шкалою, де 0 означає повну незадоволеність, а 10 — максимальну задоволеність.

Загальна сума балів визначає рівень якості життя респондента. Інтерпретація варіюється залежно від контексту дослідження.

Ця шкала широко використовується в клінічній практиці та наукових дослідженнях в Україні.

- **Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)**

Для виявлення симптомів депресії нами було використано опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9). Даний інструмент розроблений на основі діагностичних критеріїв депресії згідно з DSM-IV Американською психіатричною асоціацією та впроваджений у практику в рамках ширшої програми PRIME-MD[25].

PHQ-9 містить 9 тверджень, кожне з яких відповідає одному з основних симптомів депресії[63]. Респонденти під час роботи із ним оцінюють частоту виникнення кожного симптому протягом останніх двох тижнів за чотирибальною шкалою: від 0 («зовсім не турбувало») до 3 («майже щодня»). Підсумкова сума балів дозволяє орієнтовно визначити рівень депресивної симптоматики — від мінімального до тяжкого.

PHQ-9 вже довгий час широко використовується не під час клінічних досліджень, але і у соціальних контекстах, зокрема для скринінгу психоемоційного стану серед військових, молоді, медичних працівників та інших професійних груп, що перебувають у зоні ризику[64].

Українська версія опитувальника PHQ-9 була адаптована відповідно до методичних стандартів перекладу психометричних інструментів, включаючи пряму і зворотну адаптацію, пілотне тестування та експертну оцінку (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія», МОЗ України, від 25 грудня 2014 року № 1033)

- **Опитувальник GAD-7**

Для виявлення симптомів генералізованого тривожного розладу нами використовувався опитувальник GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), що був розроблений під керівництвом Р. Спітцера та опублікований у 2006 році в журналі Archives of Internal Medicine як частина ширшої ініціативи PRIME-MD з оцінки психічного здоров'я[66].

Даний опитувальник складається із 7 запитань, які охоплюють основну симптоматику тривожності, таку як постійне занепокоєння, труднощі з контролем страхів, фізіологічні симптоми напруженості. Кожне питання оцінюється за 4 бальною шкалою — від 0 («зовсім не турбувало») до 3 («турбувало майже щодня»). Результати дозволяють визначити ступінь тяжкості тривожних симптомів[65].

GAD-7 використовується як для клінічної практики, так і для використання у наукових дослідженнях, що стосуються загального психоемоційного стану різних груп населення.

Українська адаптація опитувальника була здійснена в рамках дослідження «Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану» (Надія Алексіна, Ольга Герасименко, Денис Лавриненко, Олена Савченко, 2024 р.)

- **Оцінювання рівня сприйнятого стресу за допомогою шкали PSS**

Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS)

Даний інструмент був використаний нами для оцінки суб'єктивного відчуття стресу в повсякденному житті. Його було розроблено психологом Шелдоном Коеном та його колегами у 1983 році. Мета створення шкали полягала в тому, щоб оцінити, наскільки людина сприймає ситуації у своєму житті як напружені або неконтрольовані[21][68].

Оригінальна версія шкали містила 14 тверджень (PSS-14), однак у подальших дослідженнях були запропоновані скорочені варіанти — на 10 (PSS-10) та 4 пункти (PSS-4)[67]. Зараз частіше використовується варіант з 10 пунктів, де респондент оцінює частоту певних переживань за останній місяць за п'ятибальною шкалою — від «ніколи» до «дуже часто». Деякі пункти шкали формулюються у позитивному ключі й потребують обернення при підрахунку балів.

Шкала в своїй суті відображає саме суб'єктивне відчуття стресу, що визначає її значущою для дослідницьких і практичних контекстів, включно з вивченням психологічного благополуччя студентів, працівників стресових професій, пацієнтів із хронічними захворюваннями тощо[69].

Українська адаптація шкали здійснювалася в рамках «Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни» (О. Вельдбрехт, Н. Тавровецька, 2022 рік)

- Анкета власної розробки

Анкета була розроблена нами для збору даних від респондентів: вік, стать, рівень освіти, галузь освіти, досвід роботи у сфері соціальних послуг, форма працевлаштування, можливість офіційної відпустки, стаж роботи у соціальній сфері, наявність інституційної підтримки у вигляді супервізії або психологічної допомоги, регіон проживання та праці (прифронтова чи не прифронтова зона), досвід роботи із постраждалими від насильства (у тому числі під час війни), наявність попереднього досвіду індивідуальної роботи із психологом або супервізором, а також поточне перебування у психологічній підтримці чи супервізії.

2.3. Характеристики вибірки та її параметри

Для проведення дослідження було обрано дві вибірки для подальшого проведення аналізу: :

- Група 1: представники професій «людина – людина»: соціальні працівники та інші консультанти із соціальних питань неурядових організацій, які працюють за кошти міжнародної технічної допомоги;
- Група 2: представники інших професій, які не дотичні до соціальної сфери;

Всього вибірка становила 147 осіб, із яких 37 осіб – чоловіки, 110 осіб – жінки. Із 147 осіб, 69 осіб працюють у сфері «людина – людина», 78 осіб не працюють у сфері «людина-людина».

Загальна кількість респондентів є достатньою та репрезентативною для проведення подальшого аналізу.

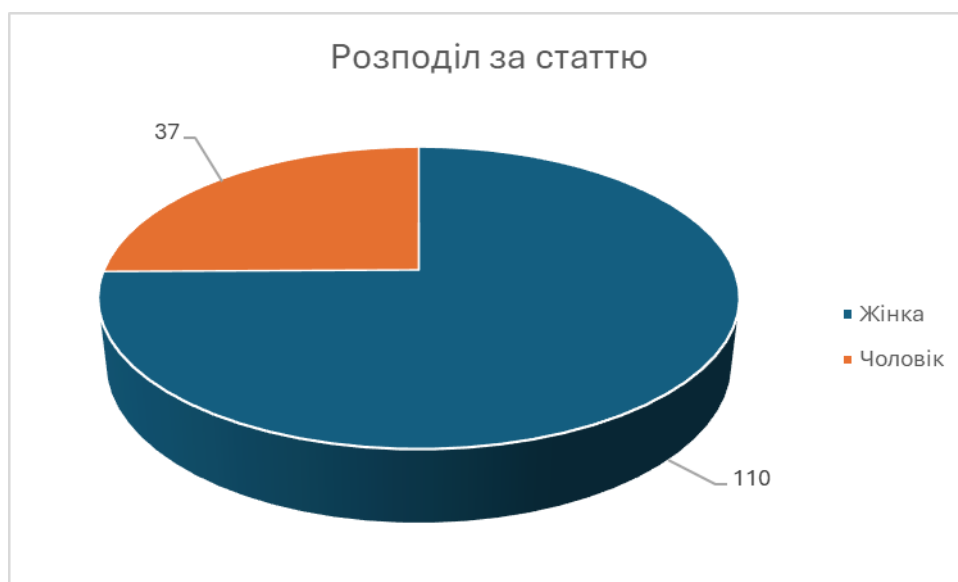


Рис.2.1. – Розподіл за статтю

За результатами анкетування, з усіх респондентів 110 жінок та 37 чоловіків прийняло участь. Дане питання враховувало лише біологічну стать.



Рис.2.2. – Розподіл по досвіду роботи

В рамках проведеного опитування було зібрано дані з 69 осіб, які працюють у соціальній сфері (соціальні працівники, консультанти із соціальних питань та

інші професії, дотичні до сфери) та 78 осіб, які відносять себе до представників інших професій.



Рис.2.3. – Розподіл за типом працевлаштування в НУО

Серед осіб, що працюють у неурядових організаціях, що імплементують проекти міжнародної технічної допомоги, 57 осіб працюють за договором цивільно-правового характеру (за юридичною складовою питання – є консультантами, із якими раз в місяць підписується договір на надання послуг), 11 осіб працюють за штатним договором (договір, що заключається на весь період проекту, та передбачає згідно із законодавством України оплачувану відпустку та оплату лікарняних) та 1 особа є волонтером організації із групи клієнтів цільових груп проекту.



Рис.2.4. – Розподіл за типом працевлаштування (група 2)

Серед осіб, які заявили про себе, як про представників інших професій, більшість осіб також працює за договорами цивільно-правового характеру (45 осіб), 30 осіб працюють за штатними договорами та 3 особи, які працюють на волонтерських засадах.

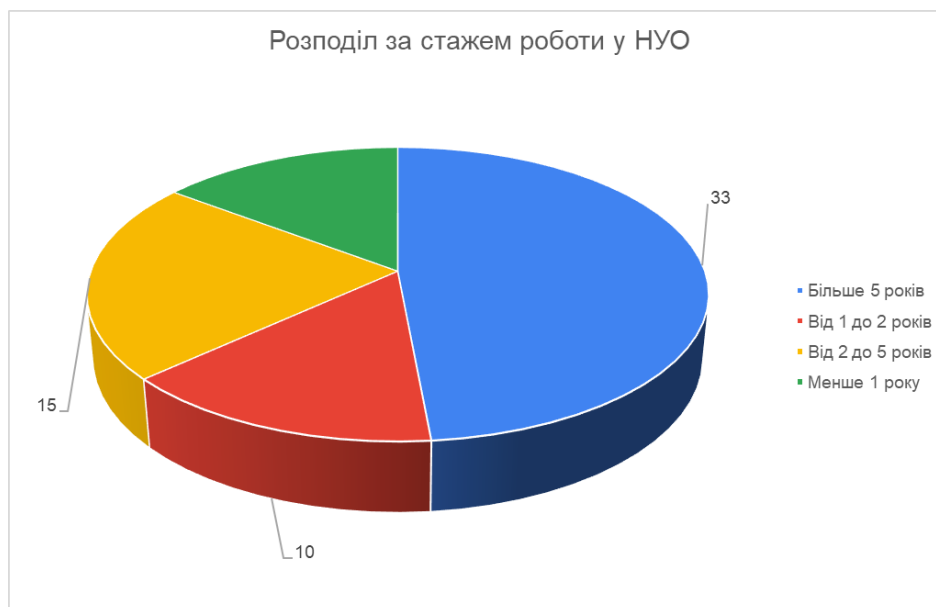


Рис.2.5. – Розподіл за стажем роботи у НУО

Згідно отриманих даних в рамках дослідження групи осіб, що працюють у сфері «людина-людина», більшість осіб працює більше 5 років, інша половина майже рівномірно розподілена за категоріями, що менше за 5 років.

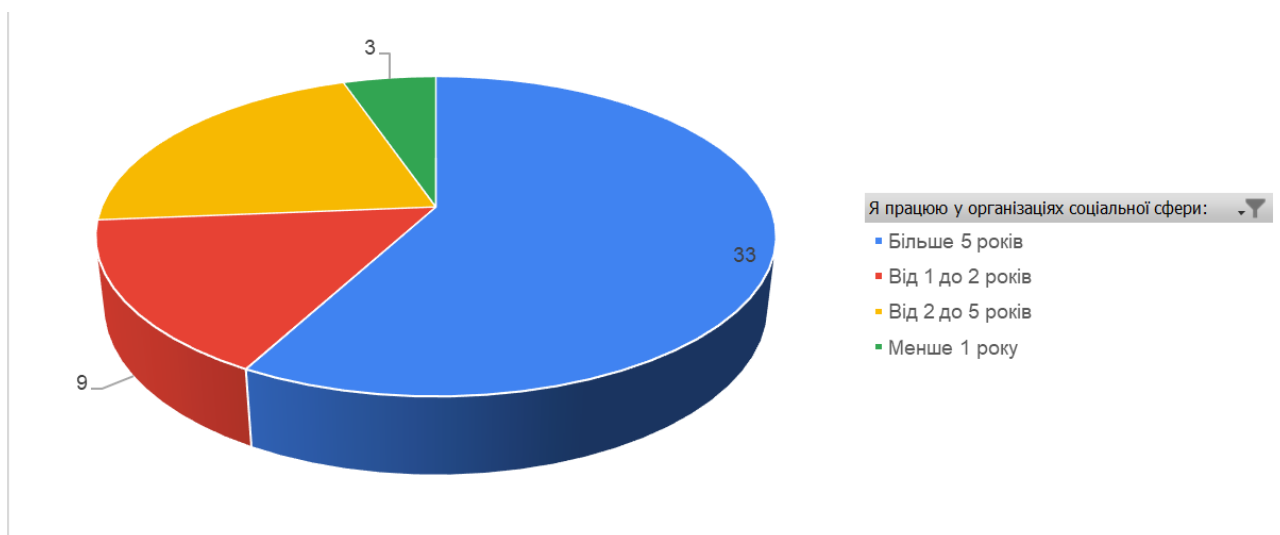


Рис.2.6. – Розподіл за стажем роботи (група 2)

Серед досліджуваних, які не працюють у громадських організаціях, більша частина також має стаж роботи більше ніж 5 років.

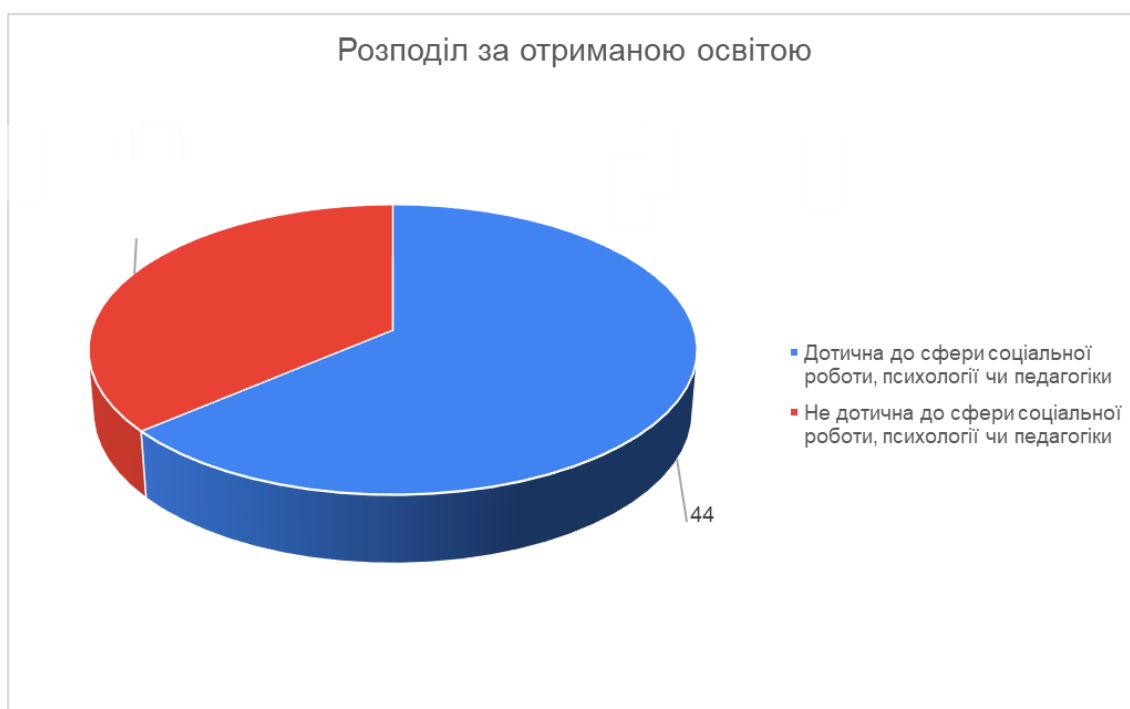


Рис.2.7. – Розподіл за отриманою освітою

Згідно із проведеним аналізом, більшість респондентів, які надають соціальні послуги, мають дотичну вищу освіту до соціальної роботи, психології чи педагогіки.

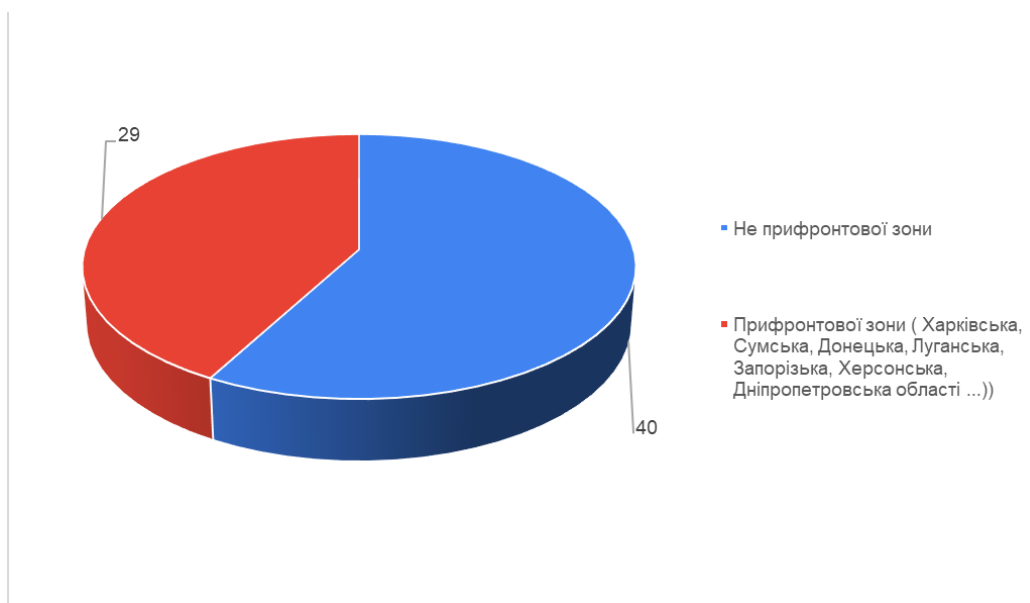


Рис.2.8. – Розподіл за місцем проживання (група 1)

Серед досліджуваних, які працюють у сфері «людина – людина», 40 осіб проживають на момент проведення збору даних на відносно безпечних територіях не прифронтових зон та 29 осіб, які проживають на територіях прифронтових зон.

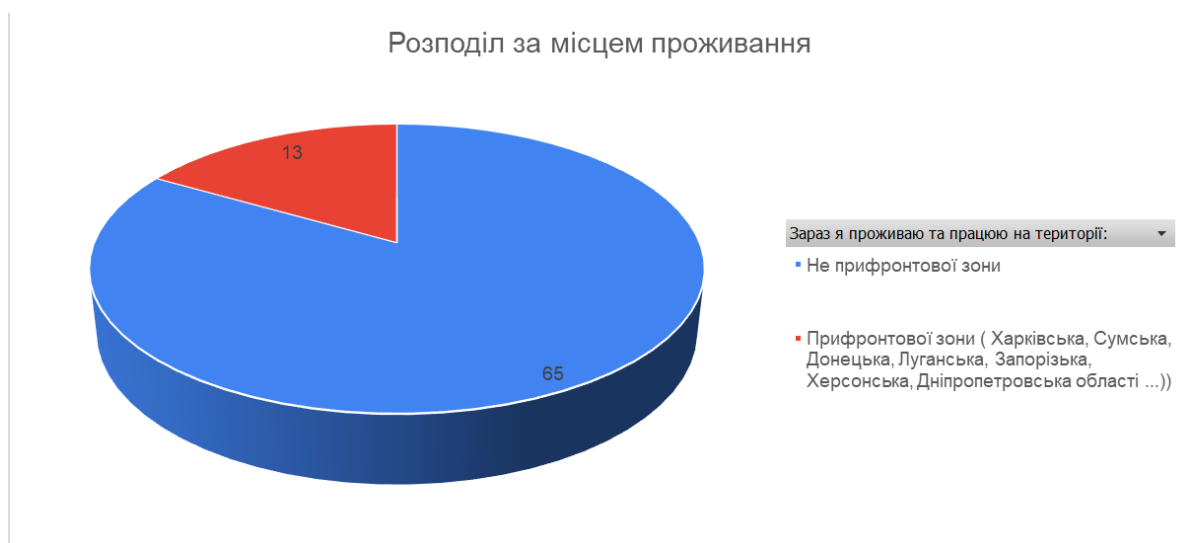


Рис.2.9. – Розподіл за місцем проживання (група 2)

Серед групи осіб, що працюють у інших сферах, не дотичних до сфери надання соціальних послуг, більшість (65 осіб) проживають на момент збору даних, на територіях не прифронтових зон, та лише 13 осіб проживають на прифронтових територіях.



Рис.2.10. – Розподіл за роботою із жертвами насилля

Більшість осіб групи 1, які ідентифікують себе, як представників професій «людина-людина», не працюють із жертвами насилля. Необхідно відмітити, що клієнти можуть не відкривати факт насилля над ними, тому дане питання має прийматися до уваги із врахуванням вищенаведеного коментаря.

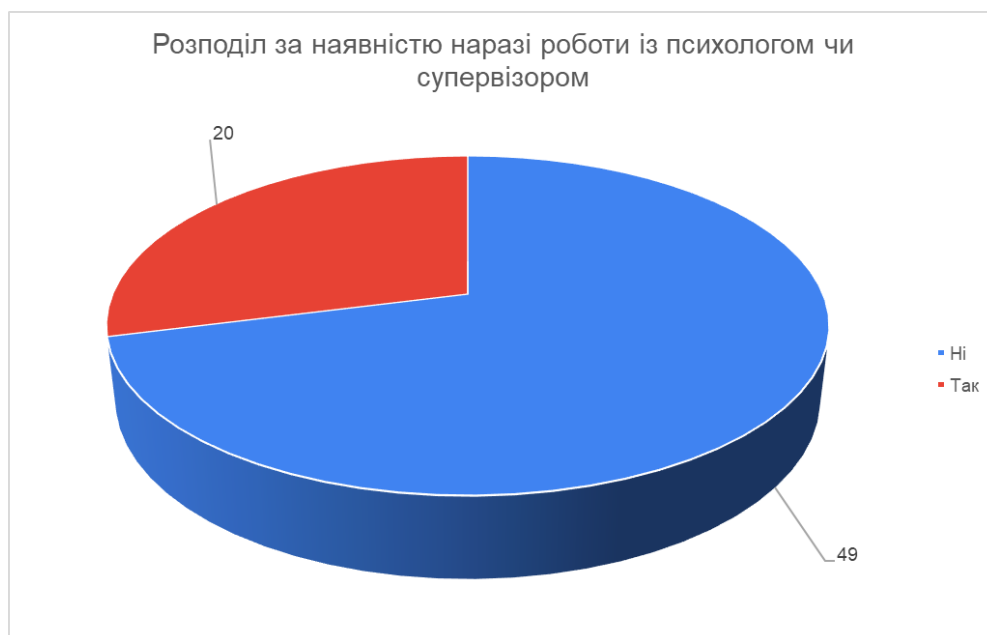


Рис.2.11. – Розподіл наявністю роботи з психологом чи супервізором (група 1)

Більшість осіб із групи 1, що ідентифікує себе, як представники професій, дотичних до сфери соціальної роботи, не працюють із психологом чи супервізором, станом на період збору даних.

Розподіл за наявністю наразі роботи із психологом чи супервізором

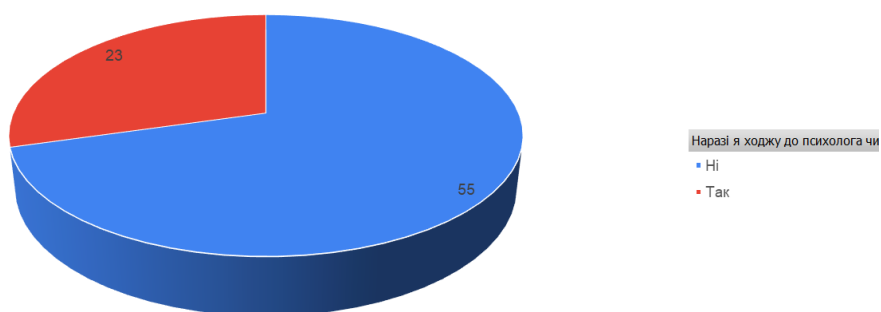


Рис.2.12. – Розподіл наявністю роботи з психологом чи супервізором (група 2)
Для проведення порівняння із групою 1, більшість осіб із групи представників інших професій, наразі також не працюють із психологом чи супервізором, що може казати в майбутньому про необхідність промоції програм підтримки ментального здоров'я та потребує подальшого питання вивчення.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

Другий розділ дипломної роботи містить описи використаних діагностичних методик, які використовувались в рамках збору даних та подальшого аналізу, та містить інформацію про використання даних методик в інших наукових дослідженнях, які проводились на території України: Maslach Burnout Inventory (MBI), PHQ-9, GAD-7, Satisfaction with Life Scale (SWLS), Perceived Stress Scale (PSS), Шкала якості життя за О.С. Чабаном та самостійно розроблена анамнестична анкета для проведення подальшого аналізу факторів впливу на рівень вигорання.

В цьому розділі представлено опис етапів збору даних та проведення самого дослідження. Загальний час збору даних із включенням періоду розробки опитувальника тривав за листопада 2024 року по січень 2025 року.

В рамках розділу представлена інформація про дві групи вибірки, по яким було розподілено респондентів задля проведення подальшого порівняльного аналізу. Кожна з груп, що була розділена за принципом фактору роботи в сферах

соціальної роботи чи в сферах інших професій є репрезентативною для проведення подальшого аналізу в рамках дипломної роботи.

Задля аналізу факторів впливу на рівень вигорання за допомогою анамнестичної анкети, було додано додаткові параметри: тип працевлаштування (за штатним договором, за договором цивільно-правового характеру), стаж роботи, наявність досвіду роботи із особами, які постраждали від насильства, географічна локалізація (прифронтна чи відносно безпечна територія), наявність психотерапевтичної або супервізійної підтримки.

Аналіз отриманих соціально-демографічних характеристик засвідчив значну варіативність серед респондентів, що дозволяє в подальшому її використання в рамках дослідження дипломної роботи.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРЕДСТАВНИКІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ (СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА КОНСУЛЬТАНТІВ) В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

3.1. Ступінь внутрішньої узгодженості методик, що використовувались.

Обробка даних була здійснена за допомогою програми для статистичного аналізу Jamovi. Після підготовки масиву даних для проведення статистичного аналізу в вищезгаданому програмному забезпеченні, було прораховано бали результати для проведення подальшого аналізу за наступними методиками: PHQ-9, GAD-7, PSS-10, SWLS та MBI.

Для оцінки надійності дослідження для кожного опитувальника, а також для трьох субшкал методики MBI, було розраховано коефіцієнт альфа-Кронбаха, показник якого варіюється від 0 до 1. Вищі значення свідчать про більшу внутрішню узгодженість використаних методик.

Прийнятним рівнем внутрішньої узгодженості вважається значення альфа-Кронбаха 0,70 і більше.

Табл. 3.1.

Значення альфа-Кронбаха для використаних методик

Назва методики	Значення альфа-Кронбаха
Maslach Burnout inventory (МВІ): емоційне виснаження	0.860
Maslach Burnout inventory (МВІ): деперсоналізація	0.727
Maslach Burnout inventory (МВІ): редукція особистих досягнень	0.746
Satisfaction with Life scale (SWLS)	0.815
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	0.831
Шкала оцінки якості життя за О.С. Чабаном	0.893
Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7)	0.899
Perceived Stress Scale (PSS-10)	0.860

З представленої таблиці видно, що методики демонструють високий рівень внутрішньої узгодженості. Це свідчить про те, що культурні аспекти та інші особливості, відображені в цих методиках, були успішно адаптовані до нашого суспільства, запитання в методиках були зрозумілими.

3.2. Аналіз описових статистик

Maslach Burnout inventory (MBI): емоційне виснаження

Таблиця та зображення нижче ілюструє розподіл за шкалою MBI емоційного виснаження серед двох досліджуваних груп.

Табл. 3.2.

Описові статистики по шкалі Емоційне виснаження

	Робота на посаді професії "людина-людина"		ЕВ
Середнє	ні		19.4
	так		15.8
Медіана	ні		19
	так		15
Мода	ні		19.0
	так		15.0
Станд.відх.	ні		6.86
	так		6.95
Мінімум	ні		6
	так		4
Максимум	ні		36
	так		38

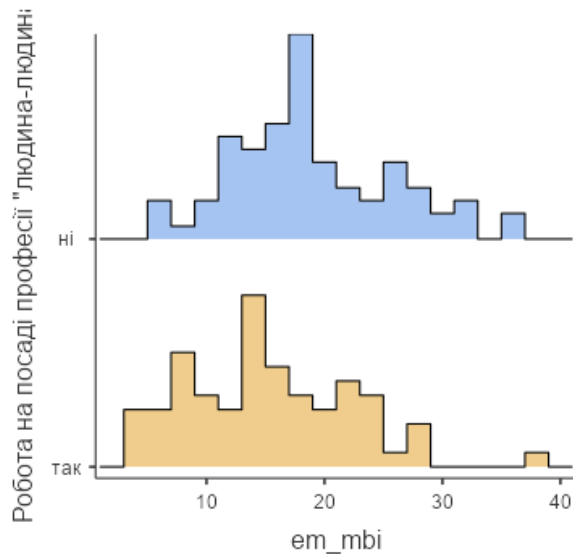


Рис 3.1. – Розподіл за шкалою емоційного виснаження

Група 1 (робота у сфері "людина-людина"):

Мода: 15. Розподіл: Спостерігається правосторонній розподіл, що свідчить про те, що лише незначна кількість осіб мають високі значення за цією шкалою, що демонструє високий рівень емоційного виснаження. Водночас із цим необхідно відмітити кількість респондентів, що мають середній рівень емоційного виснаження, що може казати про необхідність впровадження додаткових профілактичних інструментів та методик допомоги та самопомоги.

Група 2 (не відносять себе до сфери "людина-людина"):

Мода: 19.

Розподіл: Ближчий до середнього. У цій групі менша кількість респондентів із дуже високими значеннями, що може свідчити про меншу схильність до емоційного виснаження.

Водночас, розподіл у цій групі показує більш різноманітний результат емоційного виснаження, що може потребувати додаткового дослідження за сферами роботи, в яких працюють представники даної групи.

Maslach Burnout inventory (MBI): деперсоналізація

Таблиця та зображення нижче ілюструє гістограми розподілу серед двох досліджуваних груп за шкалою деперсоналізації за методикою MBI.

Табл. 3.3.

Описові статистики по шкалі Деперсоналізація

	Робота на посаді професії "людина-людина"	Деперсон.
Середнє	ні	7.45
	так	5.68
Мода	ні	5.00
	так	4.00
Станд.відх.	ні	4.18
	так	3.32
Мінімум	ні	0
	так	0
Максимум	ні	21
	так	17

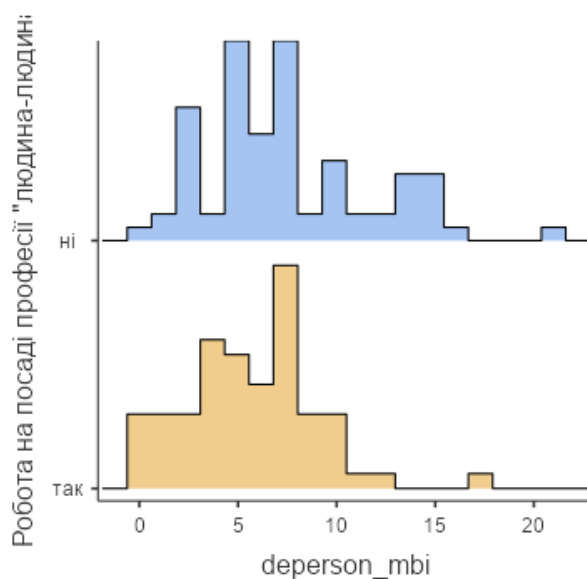


Рис 3.2. – Розподіл за шкалою деперсоналізації

Група 1 (представники сфери роботи "людина-людина"):

Розподіл має правосторонній нахил, що свідчить про меншу кількість людей із високим рівнем деперсоналізації досягнень, що в свою чергу може казати про рівень розуміння значущості своєї роботи із клієнтами. Водночас деякі високі результати, які присутні в кінці гістограми потребують додаткового дослідження цих респондентів у форматі інтерв'ю для більш детального розуміння ситуації.

Група 2 (не працюють у сфері "людина-людина"):

Розподіл ближчий до симетричного із збільшенням кількості результатів середніх значень, що може потенційно казати про вищий рівень деперсоналізації в рамках своєї роботи. Потребує додаткового аналізу на перевірку тез стосовно видимості своїх результатів роботи та впливу цього фактору на результати цієї шкали у цих респондентів.

Maslach Burnout inventory (MBI): редукція особистих досягнень

Таблиця та зображення нижче ілюструють розподіли по двом групам в рамках шкали редукції особистих досягнень.

Табл. 3.4.

Описові статистики по шкалі Редукція особистих досягнень

	Робота на посаді професії "людина-людина"		Редукція	
Середнє	ні		23.8	
	так		25.4	
Медіана	ні		24	
	так		25	
Мода	ні		23.0	^a
	так		24.0	
Станд.відх.	ні		4.57	
	так		4.73	
Мінімум	ні		11	
	так		14	
Максимум	ні		33	
	так		36	

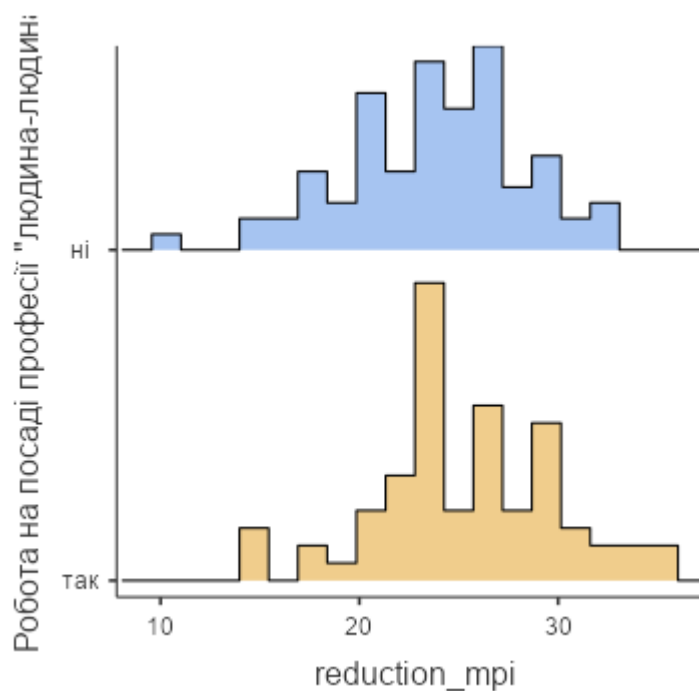


Рис 3.3. – Розподіл за шкалою редукції особистих досягнень

Група 1 (робота у сфері "людина-людина"):

Розподіл двозвоноподібний, із наближенням до нормального. Більша частка респондентів знаходиться у періоді середніх значень, що каже про середній рівень редукції особистісних досягнень в цій групі. Присутня незначна кількість низького та високого рівня, що потребує більш глибокого дослідження шляхом проведення інтерв'ю. Водночас, значна кількість середніх значень каже про схильність цієї групи до редукції, що потребує специфічних інструментів профілактики.

Група 2 (не працюють у сфері "людина-людина"):

Розподіл більш рівномірний, але схожий до дзвоноподібного. Відмінністю від групи 1 є менша кількість піків, які спостерігаються у першій. Водночас спостерігається значна кількість середніх значень.

Дана шкала за обидвома групами потребує подальшого аналізу на можливу тезу зв'язку даної шкали із рівнем депресивних та тривожних проявів.

Satisfaction with Life Scale

Таблиця та зображення нижче ілюструють дані за результатами анкетування шкалою SWLS серед респондентів обох груп.

Таблиця за даною методикою наведена нижче.

Табл. 3.5.

Описові статистики за шкалою SWLS

	Робота на посаді професії "людина-людина"		Оцінка	
Середнє	ні		20.6	
	так		20.2	
Медіана	ні		21	
	так		20	
Мода	ні		22.0	
	так		26.0	
Станд.відх.	ні		5.23	
	так		6.16	
Мінімум	ні		5	
	так		6	
Максимум	ні		33	
	так		35	

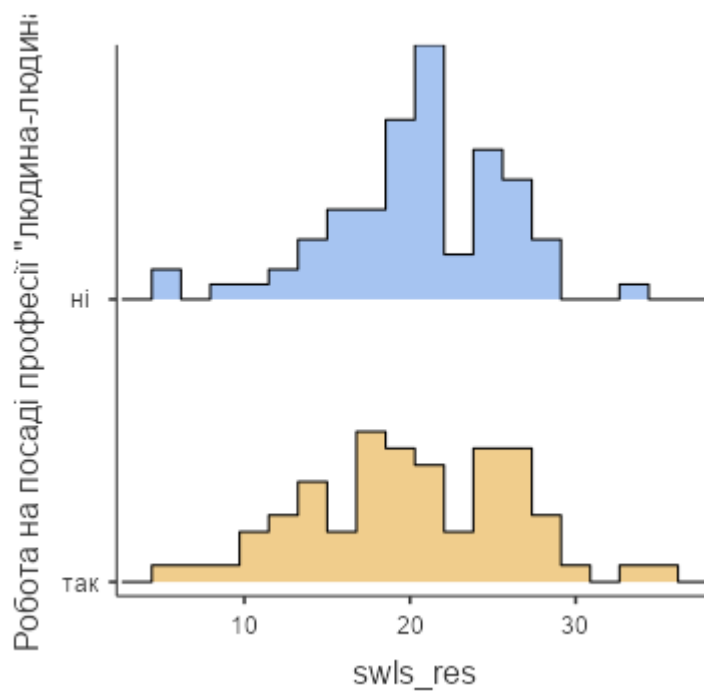


Рис 3.4. – Розподіл за шкалою SWLS

Група 1 (респонденти, які віднесли себе до представників професій «людина-людина»):

Розподіл має схильність до нормального із зосередженням більшої частки результатів на середніх значеннях задоволеності. Спостерігається незначна кількість низьких результатів задоволення, що потребує додаткових інструментів аналізу в вигляді інтерв'ю із цими респондентами.

Група 2 (респонденти, які не віднесли себе до представників професій «людина-людина»):

Розподіл наближений до нормального із збільшеною кількістю низьких значень у порівнянні із групою 1, що каже про нижчу задоволеність

Згідно проведеного аналізу можна зробити попередній висновок про те, що більша кількість міжособистісного спілкування, соціальних зв'язків та видимості результатів роботи у групі 1 напряду впливає на рівень задоволеності життям у порівнянні з групою 2.

Patient Healthcare Questionnaire (PHQ – 9)

На рисунку та таблиці нижче зображені гістограми розподілів за шкалою PHQ – 9 серед обох досліджуваних груп.

Табл. 3.6.

Описові статистики за шкалою PHQ – 9

		Робота на посаді професії "людина-людина"	Результат	
Середнє	ні		9.62	
	так		7.80	
Медіана	ні		10	
	так		7	
Мода	ні		13.0	
	так		5.00	
Станд.відх.	ні		5.31	
	так		4.66	
Мінімум	ні		0	
	так		0	
Максимум	ні		24	
	так		21	

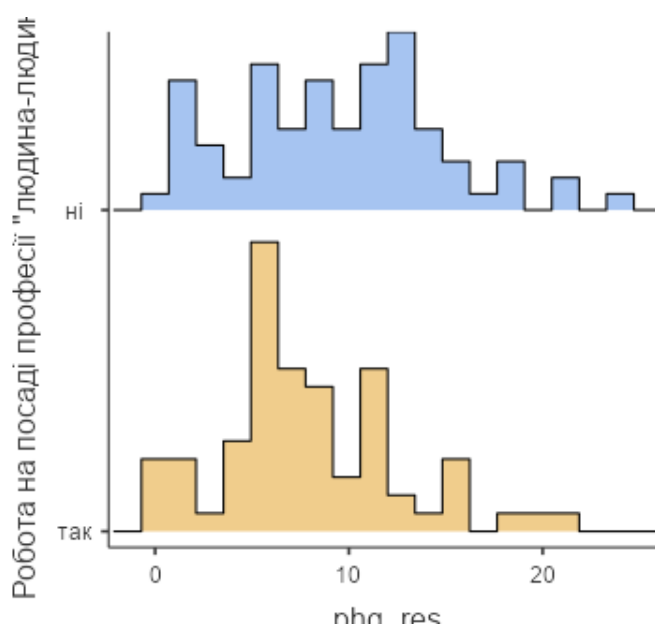


Рис 3.5. – Розподіл за шкалою PHQ – 9

Група 1 (працюють у професіях "людина-людина"):

Розподіл концентрований на низьких значеннях, що показує меншу схильність до зниження рівня емоційного стану та проявів симптомів депресії.

Група 2 (не працюють у професіях "людина-людина"):

Розподіл рівномірний із більшою зосередженістю на середніх значеннях, що потенційно може казати про емоційні труднощі через меншу соціальну взаємодію у порівнянні із групою 1.

Шкала оцінки якості життя за О.С. Чабаном

Гістограми та таблиця нижче демонструють розподіл оцінок якості життя залежно від роботи в професії типу "людина-людина".

Табл. 3.7.

Описові статистики за шкалою оцінки якості життя за О.С. Чабаном

	Робота на посаді професії "людина-людина"		Оцінка	
Середнє	ні		58.0	
	так		60.5	
Медіана	ні		60	
	так		60	
Мода	ні		51.0	
	так		55.0	
Станд.відх.	ні		15.6	
	так		16.6	
Мінімум	ні		24	
	так		16	
Максимум	ні		93	
	так		90	

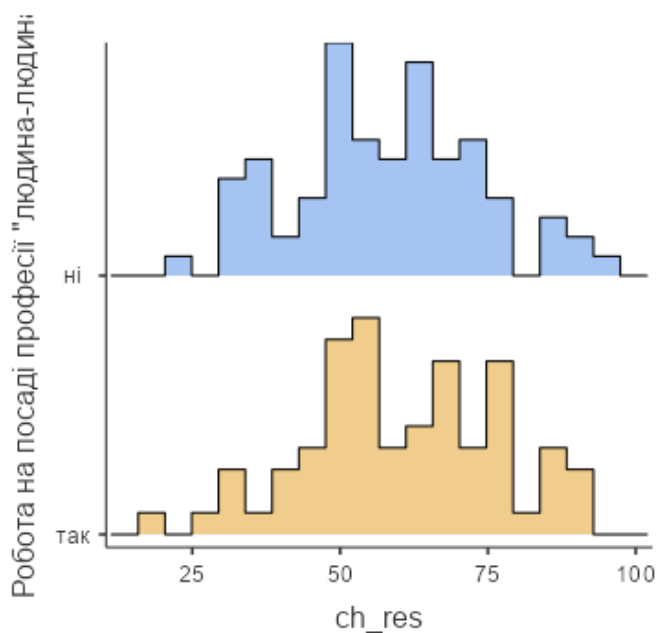


Рис 3.6. – Розподіл за шкалою оцінки якості життя за О.С. Чабаном

Гістограми демонструють розподіл оцінок якості життя залежно від роботи в професії типу "людина-людина":

Група 1 (працюють у професіях "людина-людина"):

Розподіл концентрований у діапазоні 55–75, із піком близько 60–65. Оцінки якості життя стабільно високі, що вказує на вищий рівень суб'єктивного благополуччя.

Група "ні" (не працюють у професіях "людина-людина")

Розподіл симетричний із піком у діапазоні 50–60. Оцінки якості життя переважно середні, але спостерігається значна варіативність із низькими (25–40) та високими (75–90) значеннями.

За проведеним аналізом можна висловити наступні припущення:

Робота в професіях "людина-людина" сприяє підвищенню якості життя через соціальну взаємодію, емоційну підтримку та відчуття значущості. Група 2 демонструє більш варіативні оцінки, часто із середнім або низьким рівнем якості життя.

Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7)

На рисунку та таблицях нижче зображені гістограми розподілу за результатами оцінки за шкалою GAD – 7.

Табл. 3.8.

Описові статистики за шкалою GAD – 7

		Робота на посаді професії "людина-людина"	Результат	
Середнє	ні		7.27	
	так		6.87	
Медіана	ні		7	
	так		7	
Мода	ні		8.00	
	так		7.00	
Станд.відх.	ні		4.56	
	так		4.72	
Мінімум	ні		0	
	так		0	
Максимум	ні		21	
	так		20	

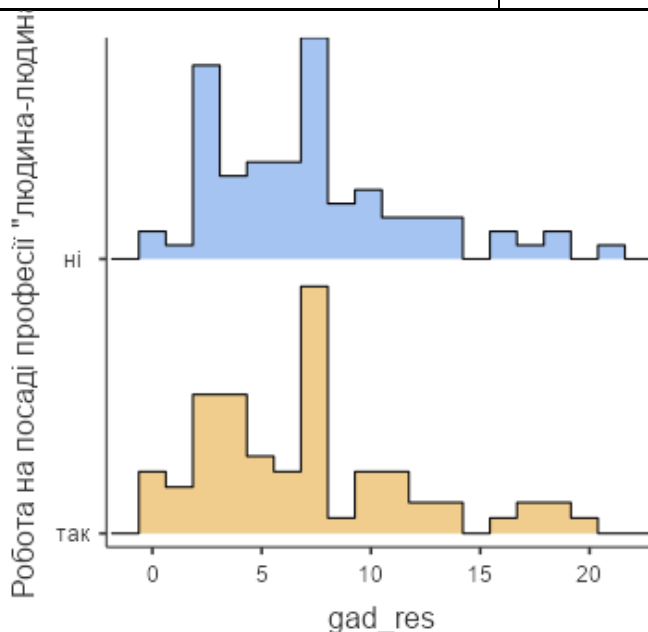


Рис 3.7. – Розподіл за шкалою GAD – 7

Група 1 (працюють у професіях "людина-людина")

Розподіл, що схожий із розподілом групи 2 з меншою кількістю результатів середнього та високого рівнів.

Група 2 (не працюють у професіях "людина-людина")

За розподілом, що схожий у загальному на розподіл першої групи, спостерігається широкий спектр тривожності, що може потенційно підтверджувати тезу про недостатню соціальну взаємодію та її вплив на загальний рівень тривожності.

За проведеним аналізом обидвох груп можна висловити припущення про те, що робота в професіях "людина-людина" сприяє зниженню тривожності через емоційну підтримку та відчуття значущості.

Perceived Stress Scale (PSS-10)

Табл. 3.9.

Описові статистики за шкалою PSS – 10

Рисунок та таблиця нижче ілюструють результати опитувальника PSS – 10 у обох груп досліджуваних.

	Робота на посаді професії "людина-людина"		pss_res	
Середнє	ні		28.0	
	так		26.8	
Медіана	ні		29	
	так		26	
Мода	ні		29.0	
	так		28.0	
Станд.відх.	ні		6.56	
	так		6.32	
Мінімум	ні		12	
	так		14	
Максимум	ні		40	
	так		46	

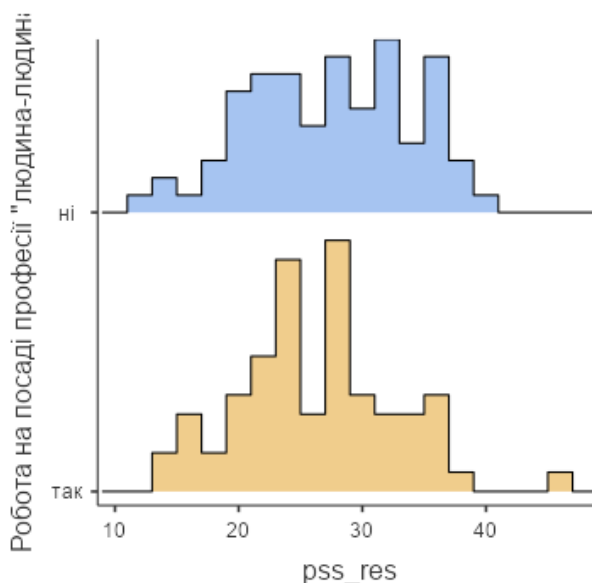


Рис 3.8. – Розподіл за шкалою PSS – 10

Група "так" (працюють у професіях "людина-людина")

Рівень стресу помірний і стабільний, що може бути пов'язано із соціальною взаємодією та підтримкою.

Група "ні" (не працюють у професіях "людина-людина")

Розподіл рівномірний у діапазоні 20–35 із кількома піками та значеннями понад 40, що вказує на вищий рівень стресу у частини цієї вибірки.

Проведений аналіз демонструє, що професії соціального спектру показують нижчий рівень прояву стресу, ніж інші професії.

Аналіз результатів методик по групі «робота на посаді професії «людина – людина»

Задля більш чіткого розуміння особливостей прояву симптомів тривожності депресії, тривожності та суб'єктивної задоволеності життя, нами було проведено аналіз результатів використаних методик PHQ-9, GAD-7 серед групи 1, яка ідентифікує себе, як представники професій «людина – людина».

Далі за текстом представлено короткий опис розподілу кожної методики та результати по кожній із них

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) — це методика, який використовується для оцінки проявів симптомів депресії у досліджуваних. Даний опитувальник має в собі 9 питань, які відповідні основним критеріям депресії. Пацієнт

суб'єктивно оцінює свій стан за останні 2 тижні, наскільки часто він відчував симптоми, такі як пригнічений настрій, втрата інтересу, проблеми зі сном тощо. Відповіді оцінюються за шкалою від 0 (ніколи) до 3 (майже щодня), що в загальному результаті може дати найвищий бал в 27 балів

Граничні результати оцінювання за методикою:

0–4: Мінімальні симптоми депресії.

5–9: Легка депресія.

10–14: Помірна депресія.

15–19: Помірно важка депресія.

20–27: Важка депресія.

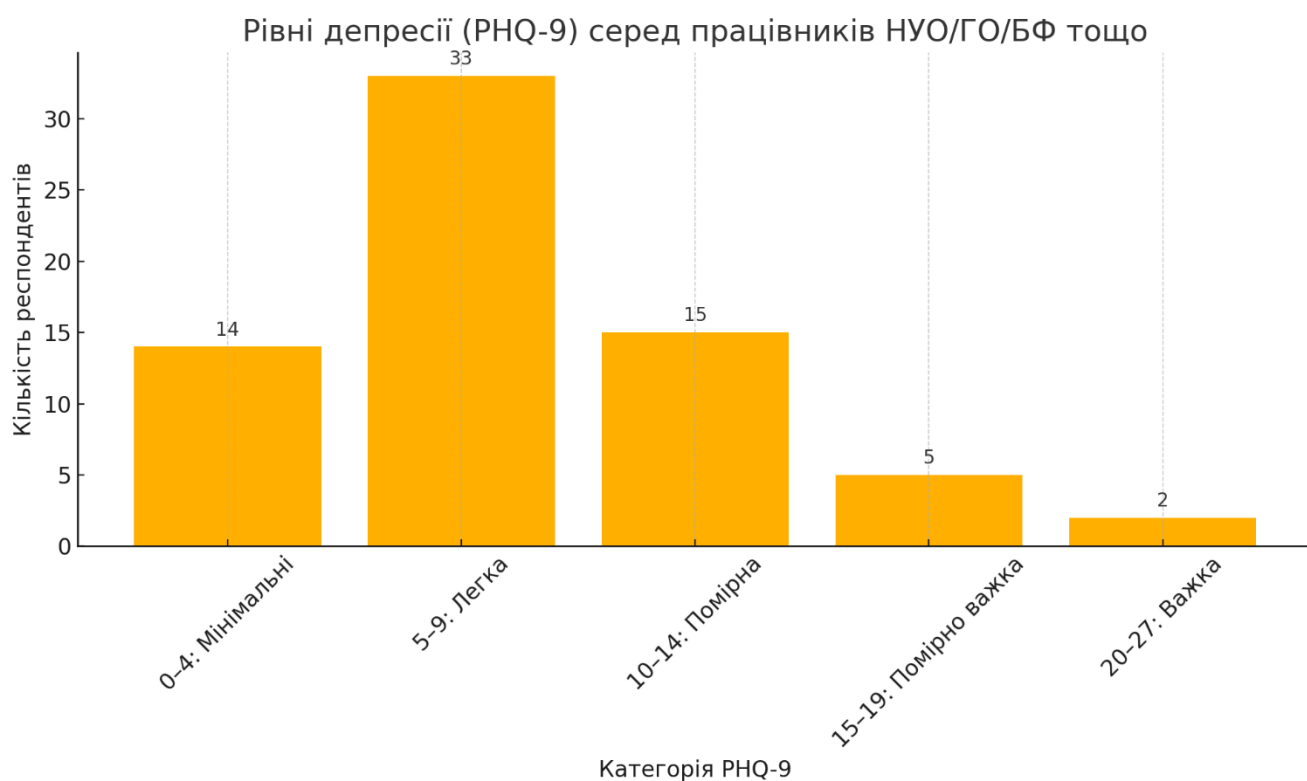


Рис 3.9. – Результати респондентів PHQ – 9 за категоріями

На рисунку вище наведено гістограму результатів опитувальника PHQ – 9:

Легка депресія — показує найбільша кількість досліджуваних у кількості 33 осіб, що показує значну кількість респондентів, які потенційно потребують подальшого спостереження або заходів вторинної профілактики.

Помірна депресія — наступна категорія респондентів у кількості 15 осіб, симптоми яких вже можуть впливати на якість життя та потребувати втручання (до прикладу, психотерапевтичних втручань).

Мінімальні прояви— 14 респондентів, що не демонструють значущої симптоматики для втручання. Для такої категорії можна запроваджувати систему первинної профілактичної допомоги.

Помірно важка депресія — 5 респондентів, для яких ймовірно необхідне активне втручання, зокрема консультація клінічного фахівця.

Важка депресія — 2 респондентів, що вказує на серйозний стан, може потребувати негайних медичних та психотерапевтичних втручань

Вищенаведений аналіз показав, що більшість респондентів групи 1 перебувають у легкому або помірному діапазоні депресивних симптомів, однак невелика частка демонструє серйозні ознаки, які потребують уваги та спеціалізованих втручань.

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) — це діагностична методика, яка використовується для скринінгу генералізованого тривожного розладу (GAD) та інших тривожних станів. Методика складається із 7 питань, що оцінюють частоту тривожних симптомів протягом останніх двох тижнів, таких як надмірна тривога, нервозність, утруднення в контролі тривоги тощо. Кожне питання має свою оцінку. Максимальний результат шкали – 21 бал.

Граничні результати оцінювання за методикою:

0–4: Мінімальна тривога.

5–9: Легка тривога.

10–14: Помірна тривога.

15–21: Важка тривога.

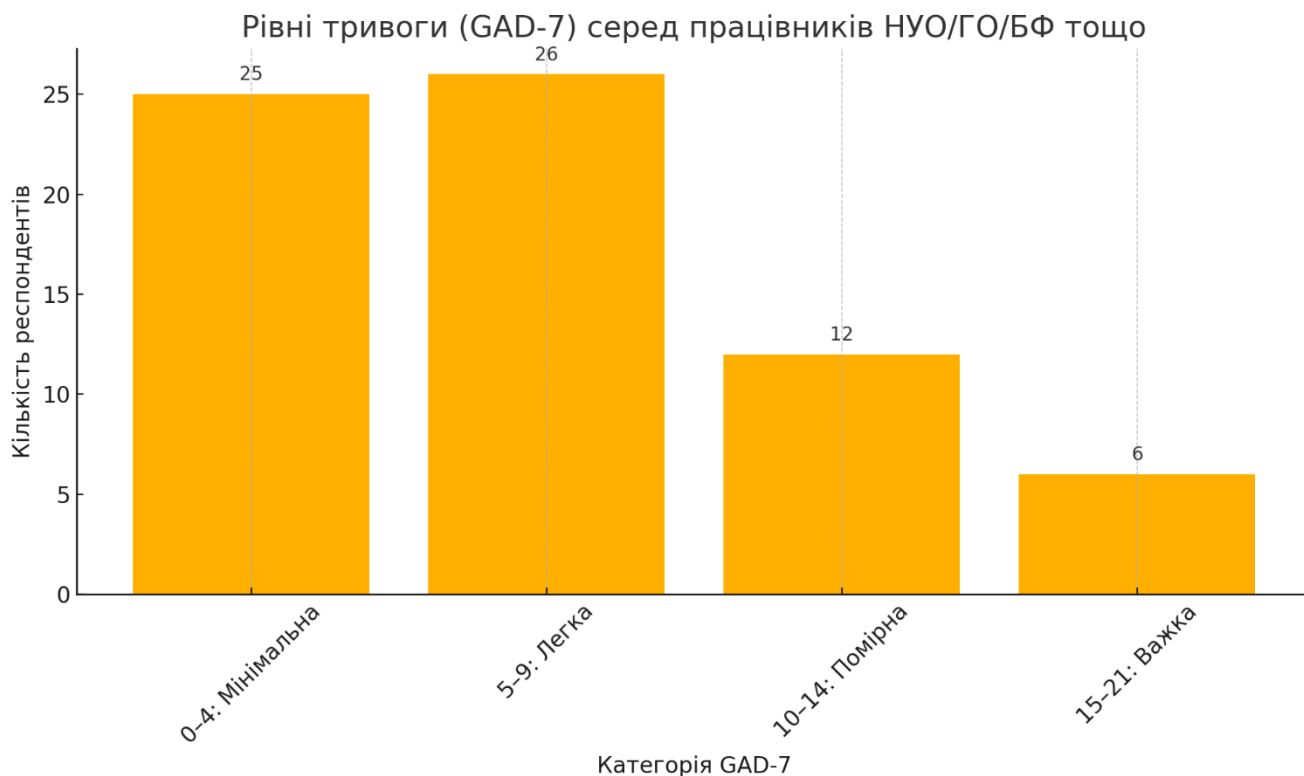


Рис 3.10. – Результати респондентів GAD – 7 за категоріями

На рисунку вище представлено результати шкали GAD – 7 серед респондентів групи 1, які за результатами аналізу даних мають:

Легка тривога — найпоширеніша категорія (26 респондентів), що показує легкий рівень тривожності та попередньо може потребувати лише методів вторинної профілактики без спеціалізованих втручань.

Мінімальна тривога — наступна категорія за кількістю результатів (25 респондентів), що мають клінічно незначущі симптоми тривожності. Цій категорії можна потенційно надавати послуги первинної профілактики.

Помірна тривога — 12 респондентів, у яких можуть бути помітні симптоми, що впливають на якість життя та потребують втручання у вигляді психотерапевтичних втручань.

Важка тривога — 6 респондентів, що потенційно потребують негайних медичних та психотерапевтичних послуг

За результатами проведеного аналізу можна побачити картину помірного рівня психологічного навантаження, прояви легкої депресії та тривожності серед представників професій «людина-людина» на отриманій вибірці. Водночас

невелика частка респондентів демонструє серйозні симптоми, які можуть потребувати психологічної та/або медичної допомоги.

Дослідження взаємозв'язку між тривогою та депресією та емоційним вигоранням у соціальних працівників

Взаємозв'язок між депресивними проявами та емоційним виснаженням

Нижченаведені таблиця та рисунок ілюструють кореляційний зв'язок між депресивними проявами та емоційним виснаженням.

Табл. 3.10.

Кореляційна матриця: депресивні прояви та емоційне виснаження

Кореляційна матриця					
		Результати PHQ-9		ЕВ	
Результати PHQ-9	Pearson's r	—			
	df	—			
	p-value	—			
ЕВ	Pearson's r	0.631		—	
	df	144		—	
	p-value	< .001		—	

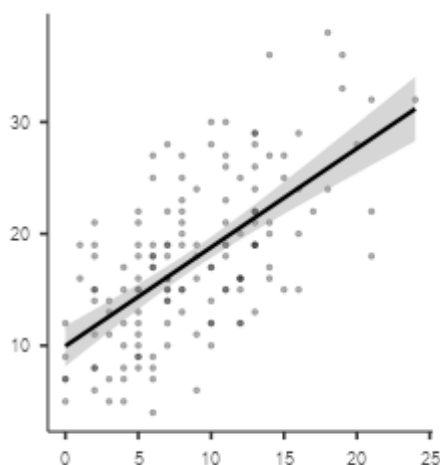


Рис.3.11. - Депресивні прояви та емоційне виснаження

Кореляційна матриця має значення Пірсона 0,631, що говорить на помірний позитивний зв'язок між змінними: депресивними проявами та емоційним виснаженням.

Рівень значущості $p < 0,001$, що говорить про статистично значущий зв'язок між змінними. За проведеним аналізом, можна побачити, що зростання депресивної симптоматики на пряму пов'язано із емоційним виснаженням.

Взаємозв'язок між депресивними проявами та деперсоналізацією

Таблиця та рисунок нижче ілюструють кореляцію між депресивними проявами та деперсоналізацією.

Табл. 3.11.

Кореляційна матриця: депресивні прояви та деперсоналізація

Кореляційна матриця					
		Результати PHQ-9		Деперсоналізація	
Результати PHQ-9	Pearson's r	—			
	df	—			
	p-value	—			
Деперсоналізація	Pearson's r	0.439		—	
	df	144		—	
	p-value	< .001		—	

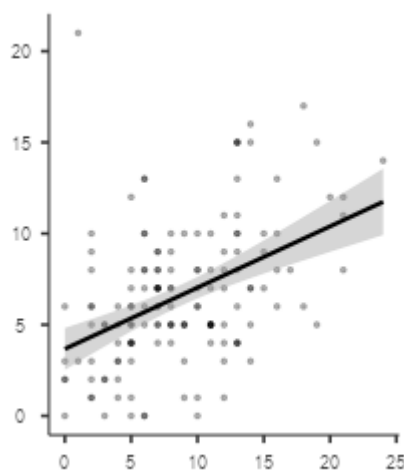


Рис 3.12. - Депресивні прояви та деперсоналізація

Представлена вище кореляційна матриця має значення кореляції Пірсона 0,439, що говорить про помірний позитивний зв'язок між депресивними проявами та деперсоналізацією.

Рівень значущості дуже низький, що підтверджує вищесказане та говорить про статистично значущий зв'язок між змінними.

Проведений аналіз підтверджує наступну тезу про те, що зростання показників за шкалою PHQ-9 пов'язано зі зростанням шкали деперсоналізації MBI/

Взаємозв'язок між тривожними проявами та емоційним виснаженням

Таблиця та рисунок нижче ілюструють кореляційний зв'язок між тривожними проявами та емоційним виснаженням.

Таб 3.12

Кореляційна матриця: тривожні прояви та емоційне виснаження

Кореляційна матриця					
		Результати GAD – 7		EB	
Результати GAD – 7	Pearson's r	—			
	df	—			
	p-value	—			
EB	Pearson's r	0.543		—	
	df	144		—	
	p-value	< .001		—	

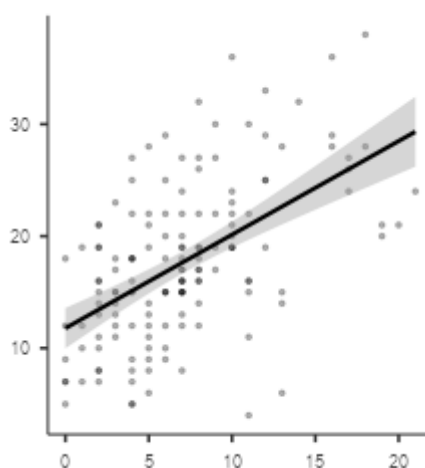


Рис 3.13. - Тривожні прояви та емоційне виснаження

Кореляційна матриця, що представлена вище має високий коефіцієнт кореляції Пірсона та низький рівень значущості. В свою чергу це каже про позитивний зв'язок між змінними.

Результат проведеного аналізу показує, що при збільшенні симптоматики тривожності, збільшується результати шкали емоційного виснаження МВІ.

Взаємозв'язок між тривожними проявами та деперсоналізацією

Нижченаведені таблиця та рисунок ілюструють кореляцію між проявами тривожності та деперсоналізацією.

Табл. 3.13.

Кореляційна матриця: тривожні прояви та деперсоналізація

Кореляційна матриця					
		Результати GAD – 7		Деперсонал.	
Результати GAD – 7	Pearson's r	—			
	df	—			
	p-value	—			
Деперсоналізація	Pearson's r	0.329		—	
	df	144		—	
	p-value	< .001		—	

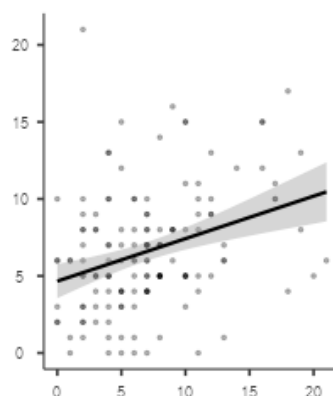


Рис 3.14. - Тривожні прояви та деперсоналізація

Кореляційна матриця показує слабкий позитивний зв'язок між тривожними проявами та деперсоналізацією.

Водночас, рівень значущості є сильним через наявність $p < .001$, що каже про статистично значущий зв'язок між змінними.

Наведений аналіз показує, що зростання тривожних проявів пов'язане зі збільшенням рівня деперсоналізації із коментарем на відносно слабкий зв'язок. Таким чином, зростання результатів за шкалою GAD-7 (тривожність) пов'язане зі збільшенням рівня деперсоналізації, хоча зв'язок є відносно слабким.

Лінійний регресійний аналіз

Для проведення додатково аналізу та взаємозв'язку додаткових факторів, що були наведені в анамнестичній анкеті, було проведено лінійний регресійний аналіз, що показав наступне.

Табл. 3.14

Регресійний аналіз – редукція особистісних досягнень

Модель	Значення R	Значення R ²
1	0,591	0,349

Предиктор	Оцінка	SE	t	p
Інтерцепт	26.3071	1.712	15.363	< .001
Проживання на території				
Прифронтowa - не прифронтowa	1.38	1.084	1.276	0.207
Досвід роботи із жертвами насилля				
Так – Ні	2.54	1.204	2.114	0.039
Стаж роботи				
Від 1 до 2 років – Більше 5 років	-4.5390	1.593	-2.850	0.006
Від 2 до 5 років – Більше 5 років	-0.4522	1.363	-0.332	0.741
Менше 1 року – Більше 5 років	-1.4372	1.586	-0.906	0.369
Робота із психологом чи супервізором				
Так – Ні	0.5877	1.240	0.474	0.637
Галузь освіти				
Не дотична - дотична	0.2765	1.196	0.231	0.818
Прояви депресії	-0.3864	0.147	-2.627	0.011
Прояви тривожності	0.0951	0.151	0.629	0.532

В таблицях вище представлені результати лінійного регресійного аналізу, що демонструє впливи додаткових факторів на шкалу редукції особистісних досягнень МВІ.

Значення R та R^2 – підтверджують середній зв'язок між незалежними та залежною змінною та пояснюють 34,9% варіативності редукції, що є прийнятним значенням для соціальних наук.

- Фактор: проживання на території прифронтових зон:

Прифронтові зони - Не прифронтові зони

Оцін. = 1.3832, $p = 0.207$

Можна інтерпретувати, як незначний вплив: Респонденти, які проживають в прифронтових зонах мають вищу редукцію, але статистично не підтверджується.

- Фактор: робота із людьми/ що постраждали від насильства

Так - Ні

Оцін. = 2.5446, $p = 0.039$

Можна інтерпретувати, як значущий вплив: Ті, хто працює із постраждалими від насильства на 2.54 вище мають редукцію. Це може вказувати на вигорання у зв'язку із наявністю в роботі аспекту роботи із травматичними кейсами.

- Фактор: стаж у соціальній сфері

Стаж від 1 до 2 років – єдина значуща категорія респондентів, що демонструє зменшення рівня редукції.

- Депресивні прояви

Оцін. = -0.3864, $p = 0.011$

Можна інтерпретувати, як значущий предиктор: вищий рівень депресії показує нижчий рівень редукції. Даний результат не є очікуваним та типовим та потребує детальнішого вивчення.

Нижче наведено результати регресійного аналізу – деперсоналізація.

Табл. 3.15

Регресійний аналіз – деперсоналізація

Модель	Значення R	Значення R ²
1	0,601	0,361

Предиктор	Оцінка	SE	t	p
Інтерцепт	2.576	1.190	2.1609	0.035
Проживання на території				
Прифронтва - не прифронтва	-0.2142	0.753	-0.2844	0.777
Досвід роботи із жертвами насилля				
Так – Ні	0.3089	0.837	0.3693	0.713
Стаж роботи				
Від 1 до 2 років – Більше 5 років	1.211	1.107	1.0945	0.278
Від 2 до 5 років – Більше 5 років	0.0539	0.947	0.0569	0.955
Менше 1 року – Більше 5 років	-0.8929	1.102	-0.8101	0.421
Робота із психологом чи супервізором				
Так – Ні	-0.5534	0.862	-0.6420	0.523
Галузь освіти				
Не дотична - дотична	-0.2581	0.831	-0.3105	0.757
Прояви депресії	0.3907	0.102	3.822	< .001
Прояви тривожності	0.0164	0.105	0.1565	0.876

В таблицях вище представлені результати лінійного регресійного аналізу, що демонструє впливи додаткових факторів на шкалу деперсоналізації МВІ.

Значення R та R^2 – підтверджують середній зв'язок між незалежними та залежною змінною та пояснюють 36,1% варіативності редукції, що є прийнятним значенням для соціальних наук.

За результатами проведеного аналізу на основі лінійного регресійного аналізу було зроблено висновки, що:

- Більшість предикторів не мають статистично значущого впливу на рівень деперсоналізації.
- Єдиним значущим фактором є депресивні прояви, що є сильним та значущим статистично предиктором ($p < 0.001$). Із підвищенням рівня депресивних проявів зростає шкала деперсоналізації, що підтверджує наведений вище кореляційний аналіз.

Наведена нижче таблиця ілюструє результати регресійного аналізу за шкалою емоційної виснаженості.

Табл. 3.16

Регресійний аналіз – емоційна виснаженість

Модель	Значення R	Значення R ²
1	0,791	0,625

Предиктор	Оцінка	SE	t	p
Інтерцепт	5.4247	1.907	2.84555	0.006
Проживання на території				
Прифронтна - не прифронтна	0.0441	1.207	0.03657	0.971
Досвід роботи із жертвами насилля				
Так – Ні	-0.1015	1.341	-0.0757	0.940
Стаж роботи				
Від 1 до 2 років – Більше 5 років	-0.0120	1.774	-0.0067	0.995
Від 2 до 5 років – Більше 5 років	0.3209	1.518	0.21144	0.833
Менше 1 року – Більше 5 років	-0.8416	1.766	-0.4764	0.636
Робота із психологом чи супервізором				
Так – Ні	1.1386	1.382	0.82412	0.413
Галузь освіти				
Не дотична - дотична	1.9359	1.333	1.45269	0.152
Прояви депресії	0.7526	0.164	4.59332	< .001
Прояви тривожності	0.5182	0.168	3.07964	0.003

В таблицях вище представлені результати лінійного регресійного аналізу, що демонструє впливи додаткових факторів на шкалу емоційного виснаження МВІ.

Значення R та R^2 – підтверджують високий зв'язок між незалежними та залежною змінною та пояснюють 62.5% варіативності редукції, що є прийнятним значенням для соціальних наук.

За результатами проведеного аналізу на основі лінійного регресійного аналізу було зроблено висновки, що:

- Найбільш сильним та значущим предиктором ($p < .001$) є депресивні прояви\ Зростання депресивних проявів на пряму пов'язано із зростанням емоційного виснаження.
- Другим значущим фактором є прояви тривожності ($p = .003$), що також мають сильний вплив на рівень емоційного виснаження.
- Інші фактори не мають статистичної значущості. Водночас, вони можуть бути використані під час індивідуальної роботи та в залежності від контексту.

Багатовимірний дисперсійний аналіз

Задля додаткової перевірки ми використали багатовимірний дисперсійний аналіз по кожному із факторів регресійного аналізу на всі три шкали вигорання МВІ.

Результати даного аналізу представлені нижче.

Табл. 3.17

Багатовимірні тести

		Val	F	df1	df2	p
Проживання на території	Pillai's Trace	0.0496	1.10	3	63	0.358
Депресивні прояви	Pillai's Trace	0.5960	30.98	3	63	< .001
Прояви тривожності	Pillai's Trace	0.1617	4.05	3	63	0.011

Нижче наведені окремі тести для кожної змінної

Табл.3.18

Окремі тести для кожної залежної змінної

	Залежна змінна	S_Sq	df	M_Sq	F	p
Проживання на території	Емоційна виснаженість	26.92434	1	26.92434	1.325	0.254
	Редукція	40.93078	1	40.93078	2.082	0.154
	Деперсоналізація	5.65878	1	5.65878	0.737	0.394
Депресивні прояви	Емоційна виснаженість	1723.80759	1	1723.80759	84.854	< .001
	Редукція	196.67430	1	196.67430	10.005	0.002
	Деперсоналізація	243.98224	1	243.98224	31.760	< .001
Прояви тривожності	Емоційна виснаженість	209.07925	1	209.07925	10.292	0.002
	Редукція	7.32151	1	7.32151	0.372	0.544
	Деперсоналізація	0.00683	1	0.00683	8.88e-4	0.976

За результатами багатовимірного тесту ми зробили наступні висновки:

- Фактор «Проживання на прифронтовій/не прифронтовій території» не має статистичного впливу на змінні вигорання;
- Депресивні прояви та прояви тривоги мають найсильніші впливи на вигорання (найнижчі значення p)

За результатами аналізу кожної окремої шкали окремо ми визначили наступне:

- Фактор «Проживання на прифронтовій/не прифронтовій території» не має впливу на жодну із шкал вигорання;

- Депресивні прояви є сильними предикторами по всім трьом шкалам вигорання;
- Прояви тривоги є сильним предиктором лише для шкали емоційного виснаження;

Інші фактори анамнестичної анкети проведеного аналізу наведено нижче:

Табл. 3.19.

Багатовимірні тести – інші фактори

		val	F	df1	df2	p
Досвід роботи із жертвами насилля	Pillai's Trace	0.196	2,28	6	126	0.040
Стаж роботи	Pillai's Trace	0.237	1.33	12	186	0.205
Робота із психологом чи супервізором	Pillai's Trace	0.0163	0.349	3	63	0.790
Галузь освіти	Pillai's Trace	0.0280	0.606	3	63	0.614

Нижче наведено окремі тести.

Табл. 3.20.

Окремі тести для кожної залежної змінної – інші фактори

	Залежна змінна	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Досвід роботи із жертвами насилля	Емоційна виснаженість	67.7700	2	33.8850	1.65518	0.199
	Редукція	172.6570	2	86.3285	4.78149	0.012
	Деперсоналізація	6,57	2	3,2850	0.42233	0.657
Стаж роботи	Емоційна виснаженість	139.575	4	34.894	1.677	0.167
	Редукція	174.562	4	43.640	2,3495	0.064
	Деперсоналізація	24.570	4	6.143	0.7827	0.541
Робота із психологом чи супервізором	Емоційна виснаженість	19.4899	1	19.4899	0.96667	0.329
	Редукція	0.5856	1	0.5856	0.02924	0.865
	Деперсоналізація	0.1335	1	0.1335	0.01736	0.896
Галузь освіти	Емоційна виснаженість	3.8135	1	3.8135	0.19676	0.659
	Редукція	7.7913	1	7.7913	0.39374	0.533
	Деперсоналізація	3.0991	1	3.0991	0.40296	0.528

За результатами багатовимірною тесту було зроблено наступні висновки:

- Фактор «Робота із жертвами насилля» має значущий вплив загалом на сукупність шкал МВІ.

- Інші фактори не мають статистично значущого впливу на сукупність шкал вигорання;

За результатами аналізу кожної окремої шкали окремо ми визначили наступне:

- Фактор «Робота із жертвами насилля» впливає на шкалу редукції особистісних досягнень. Водночас, на інші шкали МВІ не має значущого впливу.
- Інші фактори не мають статистично значущого впливу на сукупність шкал вигорання МВІ;

Як ми бачимо, вплив на всі шкали діагностичної методики мають статистично значущі прояви тривожності та депресивні прояви.

Задля аналізу виникнення даних причин нами було проведено багатофакторний аналіз за аналогічним принципом не враховуючи фактор роботи із жертвами насилля серед вибірки групи 2, яка ідентифікує себе як представники професій, що відмінні від професій «людина-людина».

Порівняння із групою представників інших професій

Задля перевірки впливу інших факторів, нами було зроблено аналогічний аналіз по іншим факторам, що представлено нижче.

Нижче представлений регресійний лінійний аналіз для шкали емоційного виснаження.

Табл. 3.21

Регресійний аналіз для шкали емоційного виснаження

Модель	Значення R	Значення R ²
1	0,780	0,630

Предиктор	Оцінка	SE	t	p
Інтерцепт	6,4294	1.370	4,6945	< .001
Депресивні прояви	0.7398	0.163	4,5338	< .001
Тривожні прояви	0.5029	0.165	3.0391	0.004
Проживання на території				
Прифронтва - не прифронтва	0.0390	1.184	0.0330	0.974
Робота із психологом/супервізором				
Так – Ні	0.5745	1.309	0.4390	0.662
Стаж роботи				
Від 1 до 2 років – Більше 5 років	0.5744	1.713	0.3353	0.739
Від 2 до 5 років – Більше 5 років	0.2724	1.504	0.1811	0.857
Менше 1 року – Більше 5 років	-1.4763	1.707	-0.8650	0.391

Значення R та R² – підтверджують середній зв'язок між незалежними та залежною змінною та пояснюють 63% варіативності редукції, що є прийнятним значенням для соціальних наук.

За результатами проведеного аналізу на основні лінійного регресійного аналізу було зроблено висновки, що:

- Більшість предикторів не мають статистично значущого впливу на рівень емоційного виснаження.
- Єдиним значущим фактором є депресивні прояви, що є сильним та значущим статистично предиктором ($p < 0.001$). Із підвищенням рівня депресивних проявів зростає шкала емоційного виснаження.

Нижченаведено регресійний лінійний аналіз за шкалою деперсоналізації.

Табл. 3.22

Регресійний аналіз для шкали деперсоналізації

Модель	Значення R	Значення R ²
1	0,595	0,354

Предиктор	Estimate	SE	t	p
Інтерцепт	2,6745	0.840	3.1500	0.003
Депресивні прояви	0.3945	0.100	3,9411	< .001
Тривожні прояви	0.0153	0.102	0.1506	0.881
Проживання на території				
Прифронтва - не прифронтва	-0.2149	0.726	-0.2959	0.768
Робота із психологом/супервізором				
Так – Ні	-0.3338	0.803	-0.4156	0.679
Стаж роботи				
Від 1 до 2 років – Більше 5 років	1.0024	1.051	0.9533	0.344
Від 2 до 5 років – Більше 5 років	0.0112	0.923	0.0122	0.990
Менше 1 року – Більше 5 років	-0.7887	1.047	-0.7530	0.454

Значення R та R² – підтверджують середній зв'язок між незалежними та залежною змінною та пояснюють 35,4 % варіативності, що є прийнятним значенням для соціальних наук.

За результатами проведеного аналізу на основі лінійного регресійного аналізу було зроблено висновки, що:

- Більшість предикторів не мають статистично значущого впливу на рівень деперсоналізації.
- Єдиним значущим фактором є депресивні прояви, що є сильним та значущим статистично предиктором ($p < 0.001$). Із підвищенням рівня депресивних проявів зростає шкала емоційного виснаження.

Нижче наведені результати багатовимірного дисперсійного аналізу для фактору проживання на території для групи професій не «людина-людина»

Табл. 3.23

Багатовимірні тести – інші професії

		value	F	df1	df2	p
Проживання на території	Pillai's Trace	0.0255	0.620	3	71	0.605
Депресивні прояви	Pillai's Trace	0.2820	9.297	3	71	<.001
Тривожні прояви	Pillai's Trace	0.0316	0.773	3	71	0.513

Нижче наведені дані для кожної залежної змінної.

Табл. 3.24

Окремі тести для кожної залежної змінної – інші професії

	Залежна змінна	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Проживання на території	Емоційна виснаженість	8,23	1	451.39	0.235	0.630
	Деперсоналізація	11,01	1	45.668	0.687	0.410
	Редукція особистісних досягнень	3,01	1	456.60	0.142	0.707
Депресивні прояви	Емоційна виснаженість	986,96	1	986.97	28.138	<.001
	Деперсоналізація	136,15	1	136.15	8.491	0.005
	Редукція особистісних досягнень	9,56	1	20.699	0.452	0.504
Тривожні прояви	Емоційна виснаженість	25,07	1	45.863	0.715	0.401
	Деперсоналізація	11,45	1	167.42	0.714	0.401
	Редукція особистісних досягнень	28.49	1	28.49	1.346	0.250

За результатами проведеного багатовимірного дисперсійного аналізу для фактору «Проживання на території» ми побачили, що за аналогією із проведеним аналізом по групі представників професій «людина-людина» основним фактором, тільки депресивні прояви мають статистично значущий вплив на всі шкали вигорання МВІ.

За аналізом кожної окремої змінної, ми бачимо, що статично значущим зв'язком слугує фактор деперсивних проявів на шкали емоційного виснаження та деперсоналізації.

Табл. 3.25

Багатовимірні тести – інші фактори – інші професії

		value	F	df1	df2	p
Стаж роботи	Pillai's Trace	0.0360	0.434	6	142	0.855
Робота з психологом чи супервізором	Pillai's Trace	0.0247	0.599	3	71	0.618

Нижче наведені результати проведення багатовимірного аналізу для кожної окремої змінної:

Табл. 3.26

Окремі тести для кожної залежної змінної – інші професії

	Залежна змінна	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Я працюю на місці своєї роботи:	Емоційна виснаженість	0.913	2	0.457	0.0129	0.987
	Деперсоналізація	7.664	2	3.832	0.2330	0.793
	Редукція особистісних досягнень	45.633	2	22.816	1.0869	0.343
Робота з психологом чи супервізором	Емоційна виснаженість	17.175	1	17.175	0.4893	0.486
	Деперсоналізація	6.364	1	6.364	0.3975	0.530
	Редукція особистісних досягнень	0.748	1	0.748	0.0354	0.851

Порівняння показників аналізу вибірки соціальних працівників та представників професій інших сфер діяльності не показує значної різниці між результатами. Основними предикторами впливу на рівень професійного вигорання серед груп є депресивні прояви та тривожні прояви у представників вищезазначених груп.

Дані результати потребують більш детального вивчення в рамках дослідження тези взаємозв'язку рівня тривожності та депресивних проявів у зв'язку із активними військовими бойовими діями на території країни проживання та заміщення вказаних факторів у анамнестичній анкеті в рамках впливу на рівень професійного вигорання.

В рамках проведеного аналізу результатів емпіричного дослідження було проведено кореляційний аналіз, регресійний аналіз та багатовимірний

регресійний аналіз, результати кожного з яких підтвердили результати один одного.

3.3. Практичні рекомендації до організації тренінга з профілактики вигорання серед соціальних працівників та консультантів

За підсумками нашого дослідження було виявлено, що серед респондентів респондентів групи 1, що відносять себе до представників професій «людина-людина», спостерігається тенденція до професійного вигорання та до невротичних проявів. Це може бути пов'язано із багатьма факторами, в тому числі і робочими умовами, маладаптивними стратегіями по зменшенню проявів симптомів чи не розумінням роботи профілактичних інструментів.

Задля запобігання розвитку професійного вигорання у представників сфери соціальної роботи необхідно використання психоедукаційний та профілактичних інтервенцій.

Такими інтервенціями можуть слугувати наступні активності:

- Психологічні консультації із певною періодичністю: можуть бути організовані організацією – працедавцем або самостійно працівником.
- Групова чи індивідуальна супервізійна робота: за аналогією із психологічними консультаціями.
- Тематичні вебінари;
- Тренінги (офлайн чи онлайн).
- Канали комунікації (групи у застосунках, інше).

В рамках даних пропозицій необхідно зауважити, що організація подібних активностей може бути за кошт самого працівника, але потенційно організація даної активності за рахунок працедавця може підвищувати прихильність працівника до організації, що в свою чергу може позитивно впливати на рівень шкал вигорання та інші зв'язані прояви.

В рамках цієї роботи розроблено рекомендації для проведення тренінгу із ментального здоров'я та профілактики професійного вигорання для спеціалістів соціальної сфери: соціальних працівників та консультантів та інших спеціалістів неурядових організацій, що впроваджують проекти за міжнародної технічної підтримки.

Програма тренінгу спрямована на навчання персоналу неурядових організацій самого поняття вигорання, методів та інструментів профілактики, розробки навичок самодопомоги під час стресових ситуацій та в рамках активної військової агресії на території надання послуг.

Рекомендації містять в собі:

- Тему;
- Мету та завдання тренінгу;
- Опис цільової аудиторії;
- Пояснення обрання формату проведення;
- Оціночну тривалість;
- Структуру тренінгу;
- Опис практичних вправ для проведення в рамках тренінгу;
- Бажані характеристики для тренерів;

Програма може бути використана громадськими та державними організаціями надання соціальної допомоги та послуг. В тому числі, дана програма може бути застосована в рамках проведення тренінгів з ментального здоров'я та профілактики вигорання серед інших професій «людина – людина».

Тема тренінгу: «Тренінг для фахівців соціальної сфери з ментального здоров'я. Відновлення власних ресурсів. Ознайомлення із інструментами оцінки психоемоційного стану та первинною психологічною допомогою»

Формат тренінгу

Даний тренінг може бути проведений у офлайн та онлайн форматі. Водночас, необхідно відзначити, що онлайн тренінг має передбачати адаптацію практичних вправ тренінгу із застосуванням онлайн інтерактивних платформ.

В тому числі, необхідно зробити корекцію на особливості формату проведення тренінгу онлайн. Даний тренінг має включати активне залучення всіх учасників тренінгу та потенційно може бути менш ефективним, аніж проведення даного тренінгу у форматі офлайн.

Варіант проведення офлайн тренінгу передбачає кількість учасників із цільової групи від 8 до 15 осіб на 1 тренера. У випадку збільшення кількості учасників на кожні 10 учасників тренінгу – необхідно залучення ко-тренера чи помічника головного тренера.

При виборі очної форми проведення тренінга рекомендована кількість учасників складає від 8 до 15 осіб на одного тренера. У разі збільшення кількості учасників, на кожні додаткові 5-10 учасників запрошується ко-тренер.

У випадку проведення онлайн рекомендована кількість учасників тренінгу починається від 10 осіб. Кількість тренерів може бути від 1 тренера. Необхідно відзначити, що в рамках проведення тренінгу онлайн, необхідно забезпечення програмним застосунком, що має можливість розділення учасників на групи (по 5 осіб максимум) для проведення практичних вправ. Даний формат тренінгу передбачає залучення помічників тренера чи ко-тренера для більшої ефективності. Також, даний формат тренінгу має передбачати згоду учасників на правила ввімкненої камери та постійного перебування в процесі. Необхідно додати, що в розробці фінальної програми тренінгу у форматі онлайн кількість перерв (так званих «кава-пауз») має бути збільшена через особливості проведення тренінгу та меншої інтеракції між учасниками та фізичної активності, що потенційно може впливати на рівень концентрації та включення учасників.

Цільова аудиторія: соціальні працівники та консультанти із соціальних питань, що надають психо-соціальні послуги клієнтам в умовах військової агресії в рамках міжнародної технічної допомоги або за державний кошт.

Тривалість тренінгу: за умови проведення офлайн тренінгу не більше ніж 6 годин із 3 перервами та 1 обідом 2 дні поспіль; за умови проведення онлайн тренінгу не більше ніж 3 години із 1 перервою між ними три дні поспіль.

Мета тренінгу.

Сформувати у учасників навички самодопомоги в рамках ситуацій підвищеного стресу .

Завдання тренінгу:

- Ознайомити з теоретичним матеріалом про ментальне здоров'я та синдромами, які викликаються зовнішніми факторами (стрес-фактори);
- Розвинути вміння соціальних працівників самостійно зменшувати вплив війни на їхню особистість;
- Надання практик самодопомоги для емоційної розгрузки, стабілізації свого стану, пізнання внутрішніх ресурсів для продуктивної діяльності;
- Надання фахівцям інструменти для оцінки клієнтів задля підвищення ефективності впливу інтервенцій на поведінку клієнтів;
- Ознайомлення із первинною екстренною психо-соціальною допомогою, яку можуть надавати фахівці допомагаючих професій з ментального здоров'я

Структура тренінгу

Даний тренінг поділений на 3 модулі, де кожний з них має психоедукаційний та практичний блоки.

Психоедукаційний блок включає в себе короткі лекції з тем. Практичний блок включає в себе інтерактивні групові чи самостійні вправи на розуміння матеріалу.

Теоретична частина займає до 45 % часу тренінгу, більша частина тренінгу зосереджена на практичних частинах.

Практичні вправи можуть виконуватись або самостійно (за можливості) або в груповому форматі від 3 до 5 осіб в одній групі. Деякі із вправ можуть потребувати залучення тренера, помічника тренера.

Перший модуль: Основи психології стресу та вигорання.

В рамках даного модулю учасникам надається інформація про поняття стресу, механізмів його виникнення та впливу на людину.

Основні теми:

- Психофізіологія стресу;
- Типи стресу;
- Механізми вигорання;
- Психічне здоров'я під час війни: фактори ризику та моделі захисту.

Практичні вправи:

- Вправи на зниження тривожності та м'язового напруження;
- Дихальні техніки;
- Тілесно-орієнтовані техніки;
- Практична вправа із використання діагностичних методик на оцінку стресу;

Другий модуль: Психологічні чинники життєстійкості.

В рамках даного модулю учасники можуть отримати інформацію щодо та дослідити особистісні ресурси, що можуть потенційно сприяти зменшенню впливу стресу та вигорання на професійне та особисте життя.

Основні теми:

- Модель «контроль – залучення – виклик»: життєстійкість;
- Поняття «копінг стратегії»: адаптивні та дезадаптивні копінг-стратегії;
- Поняття толерантності до невизначенності: чому це важливо?

Практичні вправи:

- Вправи на розуміння власних реакцій тіла на стрес;
- Дихальні вправи, як стабілізуючі;
- Групові обговорення: обмін досвідом;

Третій модуль: Самодопомога та інструменти психоемоційного відновлення.

В рамках даного модулю учасники можуть отримати інформацію щодо інструментів самодопомоги та отримати приклади стратегій відновлення ресурсів.

Основні теми:

- Модель: гіперзбудження – іммобілізація – оптимальна зона;
- Самоспостереження. Самодіагностика.
- Превенція вигорання;
- Первинна психосоціальна допомога.

Практичні вправи:

- Вправа на визначення тригерів;
- Групові вправи на підтримку та допомогу;
- Створення особистого плану відновлення;

Рекомендації стосовно даного тренінгу можуть бути використані для проведення тренінгів не тільки для представників професій «людина – людина», але і для інших професій із врахуванням контексту професії та умов, в яких працюють працівники організації.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

У даному розділі було наведено особливості прояву професійного вигорання серед представників професій соціальної роботи в умовах військової агресії на даних, що були отримані від представників вибірок.

Отриманий рівень внутрішньої узгодженості (альфа-Кронбаха) по кожній із обраних методик підтвердив валідність та надійність результатів отриманих в рамках використання діагностичних методик серед респондентів дослідження.

Емпірична частина дослідження даного розділу показує різні рівні вигорання, депресивності та тривожності серед представників професій «людина – людина» та представників інших професій. Результати аналізу даних засвідчують те, що попри високі ризики вигорання, робота із людьми

може мати позитивний вплив на рівні проявів тривожності та депресивності та на загальний рівень задоволеності життя.

Кореляційний, регресійний та багатовимірний дисперсійний аналізи, що були проведені в рамках даної роботи підтвердили результати кожного та показали, що на основними факторами впливу на рівень шкал професійного вигорання за МВІ є рівні прояву депресії та тривожності. Фактори, що були зібрані в анамнестичній анкеті (територіальна особливість, досвід роботи із жертвами насилля, стаж роботи та освіта, що дотична до сфери) можуть впливати на рівень вигорання, але не мають статистично значущого впливу в рамках даної вибірки. Додатково, в рамках роботи було проведено аналогічні аналізи для представників груп професій, що відмінні від сфери «людина – людина», що показали аналогічну картину із представниками першої групи, що може свідчити про заміщення вказаних факторів у анамнестичній анкеті в рамках впливу на рівень професійного вигорання на пов'язані із військовими діями завищені рівні тривожності і депресії, що потребує додаткових досліджень.

За результатами проведеного аналізу було розроблено рекомендації по створенню інструменту психоедукації та профілактики вигорання та впливу стресу на спеціалістів професій «людина-людина» у вигляді тренінгу, що має теоретичну частину для інформування учасників про основні поняття, моделі та механізми, та практичну частину для розуміння та закріплення матеріалу.

ВИСНОВКИ

Задля досягнення завдань, мети та отримання відповідей на поставлені дослідницькі питання в рамках дипломної роботи на тему особливостей професійного вигорання серед представників допомагаючих професій, було проведено аналіз теоретичних матеріалів та емпіричне дослідження.

В результаті аналізу теоретичної частини, а саме наукових праць за темою професійного вигорання та зв'язку цього феномену із невротичними проявами, було проаналізовано основні наукові праці та матеріали, в яких наведено поняття, механізми формування професійного вигорання та невротичних проявів та виявлено зв'язок між цими феноменами. Результати даної частини дослідження було встановлено прямий зв'язок між невротичними проявами такі, як депресія та тривожність, та професійним вигоранням.

В рамках теоретичної частини аналізу було проведено аналіз існуючих моделей надання соціальних послуг для населення країни, яка знаходиться в умовах військової агресії, та виявлено основні фактори, які потенційно можуть впливати на якість надання послуг та формування професійного вигорання у основних надавачів послуг: робота із травматизуючими кейсами клієнтів, невизначеність у результатах та подальшій роботі та недостача ресурсів. У випадках постійного впливу вищенаведених факторів рівень професійного вигорання та прояви тривожності та депресії можуть збільшуватись, що впливає не лише на якість надання соціальних послуг, але і на особисте життя надавачів соціальних послуг – соціальних працівників та консультантів. В свою чергу це зумовлює потребу у психоедукаційних та профілактичних заходах для цієї групи професій.

Для проведення емпіричної частини дослідження було проведено анкетування 147 респондентів, із яких було створено дві вибірки: 69 осіб, що ідентифікують себе, як представники професій «людина-людина» та 78 осіб, що відносять себе до професій інших сфер. В рамках дослідження було використано

діагностичні методики (Maslach Burnout Inventory (MBI), Шкала задоволеності життям (The Satisfaction with Life Scale, SWLS), Шкала оцінки якості життя за О.С. Чабаном, Опитувальник з депресії (PHQ-9), Опитувальник оцінки здоров'я GAD – 7, Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS)) із метою подальшого аналізу взаємозв'язків та власне розроблену анкету із додатковими факторами можливого впливу на вигорання.

В рамках проведеного аналізу результатів дослідження було отримано результати, в рамках яких було виявлено, що вне залежності від того, що професійна робота в сфері «людина-людина» може призводити до швидшого рівня емоційного виснаження у представників цих професій, водночас із цим постійна соціальна взаємодія та результативність їх роботи позитивно впливає на рівень проявів тривожності та депресії, задоволеності життям у порівнянні із представниками інших професій.

В рамках подальшого аналізу було отримано результати, що респонденти вибірки представників соціальної сфери проявляють легкий та помірний прояви тривожності та депресії. Водночас, це може казати про те, що дані прояви можуть бути як результати взаємодії феноменів. Але, ми маємо прокоментувати даний результат, враховуючи аспект активних військових дій на території надання послуг та проживання, що може спричиняти подібні прояви також. Дане питання слугує кроком для подальшого вивчення даного питання.

Задля виявлення особливостей взаємозв'язку факторів проживання на територіях прифронтових зон та факту роботи із жертвами насилля, було проведено кореляційний, регресійний та багатофакторний аналізи, що в результаті показали взаємозв'язок рівня вигорання лише із фактором роботи із жертвами насилля. Водночас із цим, інші фактори, які були запропоновані в рамках даної роботи показують слабкий зв'язок, але він не є статистично значущим.

За результатами проведеного аналізу основними предикторами професійного вигорання є тривожність та депресія, які мають прямий лінійний зв'язок та характеризують більшу частину вибірки.

Результати даного дослідження показують необхідність введення системи постійних психоедукаційних та профілактичних інтервенцій для представників сфери соціальної роботи. В рамках даної роботи нами були наведені рекомендації до впровадження таких інструментів як тренінг з ментального здоров'я та профілактики професійного вигорання для представників допомагаючих професій, який може бути проведений на рівні організацій неурядового сектору.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
2. Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Fajó-Pascual, M., Carrasco, J. M., Gascón, S., Gili, M., & Mayoral-Cleries, F. (2019). A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *The Journal of Psychology*, 153(4), 383-401.
3. Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach* (pp. 43-68). Springer.
4. Raedeke, T. D. (1997). Is athlete burnout more than just stress? A sport commitment perspective. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 19(4), 396-417.
5. Gerber, M., Kellmann, M., Hartmann, T., Pühse, U., & Elliot, C. (2013). Burnout in sports: A systematic review. *The Sport Psychologist*, 27(3), 191-209.
6. Burks, D. J., Kobus, A. M., & Jolly, J. B. (2016). Burnout and resilience among American surgeons. *Journal of Surgical Education*, 73(3), 491-496.
7. Hallsten, L., Josephson, M., Torgén, M., & Malmberg, B. (2013). Performance-based self-esteem and burnout in a longitudinal study of medical students. *Medical Education*, 47(9), 944-954.
8. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
9. Trubnikov, V., de Boer, M. R., & Ringsberg, K. C. (2017). Mental health care delivery and refugees in Europe: A review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(3), 697-70

10. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
11. Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L.,... & Zaslavsky, A. M. (2010). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 30(06), 959-976.
12. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513-524.
13. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113.
14. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
15. Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. *Research in Occupational Stress and Well-being*, 3, 91–134.
16. Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.
17. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
18. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524.
19. Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.
20. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.

21. Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp. 31–67). Sage.
22. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092–1097.
23. Kagan, C., Lewis, S., & Heaton, P. (2017). Addressing the psychosocial needs of Syrian refugees. *Refugee Studies Quarterly*, *36*(1), 44–62.
24. Rosenthal, D. (1964). An outline of abnormal psychology. *Journal of Abnormal Psychology*, *69*(5), 457–460.
25. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. Psychological Corporation.
26. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, *22*(3), 309–328.
27. Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
28. van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2001). Burnout and inequity among human service professionals. *Journal of Occupational Health Psychology*, *6*(4), 373–393.
29. WHO. (2021). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int>
30. Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, *19*(3), 263–270.
31. Podsakoff, N. P., LePine, J. A., & LePine, M. A. (2007). Differential challenge stressor-hindrance stressor relationships with job attitudes, turnover intentions, and performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, *92*(2), 438–454.

32. Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review, 36*, 28–41.
33. Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research, 3*(4), 89–100.
34. Amnesty International. (2022). Human rights in conflict zones: Social worker involvement. Amnesty Reports. Retrieved from <https://www.amnesty.org>
35. Smith, P. C., Kendall, L. M., & Hulin, C. L. (1969). *The measurement of satisfaction in work and retirement*. Rand McNally.
36. Boyar, S. L., Carr, J. C., Mosley, D. C., & Carson, C. M. (2007). The development and validation of scores on perceived work environment scale. *Educational and Psychological Measurement, 67*(2), 336–348.
37. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499–512.
38. Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology, 50*(3), 337–421.
39. Taris, T. W. (2006). Burnout among students: A cross-cultural perspective. *International Journal of Stress Management, 13*(3), 286–304.
40. Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health, 6*(4), 12–24.
41. Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner-Routledge.
42. Paour, G., & Smith, R. (2014). Social work during military conflicts: Challenges and strategies. *Conflict Resolution Quarterly, 32*(2), 145–159.
43. Bogdanov, S., Girnyk, A., Donets, Y., & Solovyova, V. (2019). Explorative study of psychosocial stress factors that cause professional burnout among teachers who live near the front-line zone in the East of Ukraine. *BMC Health Services Research, 19*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-1234-5>

44. Fan, Y., & Tsang, Y. P. (2023). Ukrainian conflict and its impact on mental health: A review. *Global Health Journal*, 7(3), 150–160.
45. Grosjean, L., Sancosme, Y., Morisod, K., François, A., Caitlin, R., Jachmann, A., Grazioli, V. S., & Bodenmann, P. (2025). Experiences of healthcare and administrative staff working with asylum seekers in the current polycrisis context: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 25(1), 620.
46. Gross, M. L. (2023). When medical ethics and military ethics collide. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 13(3), 199–204.
47. Janoušková, M., Šeblová, J., Brennan Kearns, P., Kučera, M., Kuklová, M., Pekara, J., & Seblova, D. (2025). Navigating dual crises: Mental health of Czech health care workers during the Ukrainian refugee influx and COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2455247.
48. Kang, H., Fischer, I. C., Esterlis, I., Kolyshkina, A., Ponomarenko, L., Chobanian, A., Vus, V., & Pietrzak, R. H. (2024). Helping the helpers: Mental health challenges of psychosocial support workers during the Russian-Ukrainian war. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 18, e95.
49. Kolbina, L., Paskal, O., & Bohdanova, I. (2019). Prevention of the emotional burnout syndrome in specialists of the socioeconomic sphere. *Georgian Medical News*, (291), 136–144.
50. Nazarovets, S. (2024). The publication activity and migration trends of Ukrainian scientists in the social sciences and humanities during the first two years of the Russo-Ukrainian war.
51. Osei-Tutu, F., & Boungou, W. (2023). The Ukraine-Russia war and systemic financial stress: Implications for audit professionals. *Journal of Accounting and Public Policy*, 42(2), 106923.
52. Popova, A., Tsybuliak, N., & Nykolaieva, V. (2023). Burnout dynamics among Ukrainian academic staff during the war. *Journal of Educational Psychology*, 115(4), 567–580.

53. Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., & Bokszczanin, A. (2022). Exposure to war, war nightmares, insomnia, and war-related posttraumatic stress disorder: A network analysis among university students during the war in Ukraine. *Frontiers in Psychology*, 13, 1001234.
54. Schwartz, S. L. (2023). Engaging our workforce: How job demands and resources contribute to social worker burnout, engagement, and intent to leave. *Journal of Social Work*, 23(2), 123–137.
55. Sergeeva, I. (2024). Three essays on Russian political migration following the 2022 full-scale invasion of Ukraine. European University Institute.
56. Vang, M. L., & Jensen, K. (2023). Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *Journal of Traumatic Stress*, 36(1), 45–56.
57. Ye, J., Jindal, N., Pierri, F., & Luceri, L. (2023). Online networks of support in distressed environments: Solidarity and mobilization during the Russian invasion of Ukraine.
58. Wohl, A. R., Galvan, F. H., Myers, H. F., Garland, W., George, S., Witt, M., & Lee, M. L. (2011). Social support and social network characteristics among HIV-positive Latino and African American women in the United States. *Journal of Health Psychology*, 16(1), 117–125.
59. Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., Robbins, R. N., Pala, A. N., & Mellins, C. A. (2019). Mental health and HIV/AIDS: The need for an integrated response. *AIDS*, 33(9), 1411–1420.
60. Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 288–298.
61. Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207.

62. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613.
63. Löwe, B., Unützer, J., Callahan, C. M., Perkins, A. J., & Kroenke, K. (2004). Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Medical Care*, *42*(12), 1194–1201.
64. Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, *46*(3), 266–274.
65. Hinz, A., Klein, A. M., Brähler, E., Glaesmer, H., Luck, T., Riedel-Heller, S. G., & Hilbert, A. (2017). Psychometric evaluation of the Generalized Anxiety Disorder Screener GAD-7, based on a large German general population sample. *Journal of Affective Disorders*, *210*, 338–344.
66. Lee, E.-H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nursing Research*, *6*(4), 121–127.
67. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385–396.
68. Taylor, J. M. (2015). Psychometric analysis of the Ten-Item Perceived Stress Scale. *Psychological Assessment*, *27*(1), 90–101.
69. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71–75.
70. Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, *5*(2), 164–172.
71. Arrindell, W. A., Meeuwesen, L., & Huyse, F. J. (1991). The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, *12*(2), 117–123.

72. West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529.
73. Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354–373.
74. Barger, S. D., Donoho, C. J., & Wayment, H. A. (2009). The relative contributions of race/ethnicity, socioeconomic status, health, and social relationships to life satisfaction in the United States. *Quality of Life Research*, 18(2), 179–189.
75. Beier, E. G., & Ackerman, P. L. (2001). Determinants of health knowledge: An investigation of age, gender, abilities, personality, and interests. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(3), 439–455.
76. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41
77. Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2014). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 1–11.
78. National Association of Social Workers. (2007). *Substance use, mental health and HIV/AIDS: An integrated response*.
79. Cournos, F., & McKinnon, K. (1997). HIV seroprevalence among people with serious mental illness in the United States: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 17(3), 259–269.
80. Pact. (2024). *The life-saving work of social workers in Ukraine for people with HIV*. Pact International.
81. Snoubar, Y., & Duman, N. (2016). Importance of school social work in war and conflict zones. *European Journal of Social Sciences Education and Research*, 6(2), 191–198.

82. Thompson, L., & Kravchenko, S. (2023). Parent-child mental health in Ukraine in relation to war trauma and displacement. *Child Abuse & Neglect, 137*, 105456.
83. Miller, D., & Zelenko, N. (2023). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder in the Ukrainian population during the war. *The Lancet Regional Health – Europe, 15*, 100192.
84. Anderson, P., & Tkachenko, M. (2023). Impact of war on Ukrainian university students and personnel: A mixed-methods study. *Journal of College Student Development, 64*(3), 345–360
85. Smith, J., & Kovalenko, T. (2023). Psychological resilience of mental health workers during the Russia-Ukraine war: Implications for clinical interventions. *The Primary Care Companion for CNS Disorders, 25*(4), 23br03456.