

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВОДНОГО ГОСПОДАРСТВА ТА ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ ТА
МЕНЕДЖМЕНТУ

кафедра суспільних дисциплін

Гоч Юрій Володимирович

ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У ПЕДАГОГІВ В
КРИЗОВИЙ ПЕРІОД

робота на здобуття I (бакалаврського) рівня вищої освіти

за спеціальністю 053 «Психологія»

Науковий керівник

кандидат психологічних наук, доцент

Смольська Людмила Миколаївна

Роботу допущено до захисту:

Протокол № __ від _____ 2025 р.

В.о. завідувача кафедри суспільних дисциплін

_____ В.А.Сокаль

Рівне - 2025

Звіт подібності

метадані

Назва організації

National University of Water and Environmental Engineering

Заголовок

Бакалаврська_Гоч_антиплагіат.docx

Автор

Науковий керівник / Експерт

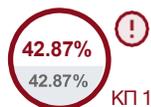
Гоч Юрій Володимирович Смольська Людмила Миколаївна

підрозділ

National University of Water and Environmental Engineering

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.

**25**

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2

14401

Кількість слів

113631

Кількість символів

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про **МОЖЛИВІ** маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		0
Інтервали		128
Мікропробіли		70
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		427

Подібності за списком джерел

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВОДНОГО ГОСПОДАРСТВА ТА
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ЕКОНОМІКИ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра суспільних дисциплін
Ступінь вищої освіти - Бакалавр
Спеціальність – 053 «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. зав. кафедри

В.А. Сокаль

«__» _____ 2025 р.

**З А В Д А Н Н Я
ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ ЗДОБУВАЧА
ВИЩОЇ ОСВІТИ**

ГОЧ ЮРІЯ ВОЛОДИМИРОВИЧА

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи) ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У ПЕДАГОГІВ В
КРИЗОВИЙ ПЕРІОД

керівник проекту (роботи) кандидат психологічних наук, доцент Шпак С.Г.
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом С№277 від 03.02.2025 р. заочна.

2. Термін подання студентом проекту (роботи) 20.05.2025-15.06.2025 р.

3. Структура роботи

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ
ПЕДАГОГІВ У ПЕРІОД КРИЗИ

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ
ПЕДАГОГІВ У КРИЗОВИЙ ПЕРІОД

РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ПРОГРАМА
ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що їх належить
розробити):

1) Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел.

2) Провести емпіричне дослідження.

3) Розробити корекційно-профілактичну програму.

4) Оцінити ефективність запропонованої програми та розробити

рекомендації.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Смольська Л.М. доцент	10.10.24	21.10.24
1 розділ	Смольська Л.М. доцент	10.10.24	20.11.24
2 розділ	Смольська Л.М. доцент	20.11.24	20.12.24
3 розділ	Смольська Л.М. доцент	01.01.25	14.03.25
Висновки	Смольська Л.М. доцент	05.05.25	30.05.25
Додатки	Смольська Л.М. доцент	05.05.25	30.05.25

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назви етапів проекту (роботи)	Термін виконання	Примітка
1	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження	10.10.24-21.10.2024	Виконано
2	Формулювання мети, завдання досліджень. Складання попереднього плану роботи.	10.10.24-21.10.2024	Виконано
3	Узгодження з керівником	10.10.24-14.10.2024	Виконано
4	Написання основної частини.	10.10.24-12.05.2025	Виконано
5	Перше читання керівника	20.02.2025	Виконано
6	Написання вступу, висновків. Уточнення плану дипломної роботи	10.10.24-20.11.2024	Виконано
7	Оформлення роботи. Подання керівникові	16.05.2025	Виконано
8	Захист роботи	24.06.2025	Виконано

7. Дата видачі завдання «10» жовтня 2024 р.

Студент

Керівник проекту (роботи)

Л.М.

Гоч Ю.В.

Смольська

ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІВ У ПЕРІОД КРИЗИ.....	6
1.1. Висвітлення психосоматичної проблематики в психологічній науці.....	6
1.2. Психосоматичні розлади педагогів: особливості причин та проявів.....	12
1.3. Кризовий контекст стихійної рефлексії та терапевтичних підходів до подолання внутрішніх бар'єрів психосоматики педагогів.....	19
Висновки до першого розділу	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІВ У КРИЗОВИЙ ПЕРІОД	31
2.1. Характеристика організації та методів дослідження.....	31
2.2. Результати діагностичного дослідження.....	37
Висновки до другого розділу	48
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ПРОГРАМА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ....	50
3.1. Програма психологічної корекції психосоматичних розладів педагогів ..	50
3.2. Аналіз результатів формуючого експерименту.....	57
3.3. Рекомендації з профілактики психосоматичних розладів учасників освітнього простору в умовах війни	61
Висновки до третього розділу.....	65
Загальні висновки.....	65
Список використаної літератури.....	70
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Актуальність. Психічне та фізичне здоров'я педагогів є наріжним каменем ефективності освітнього процесу, особливо коли вони щоденно працюють у стресових умовах, виступаючи опорою для учнів та студентів. Війна в Україні стала каталізатором значного погіршення психоемоційного стану населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожен другий українець перебуває під загрозою розвитку психічних розладів, а близько 10 мільйонів осіб можуть мати серйозні проблеми з психічним здоров'ям через війну. Це стосується і педагогічної спільноти, яка, окрім загальних стресорів, щоденно зіштовхується з додатковим психологічним навантаженням: дистанційне навчання, повітряні тривоги, робота в укриттях, необхідність підтримувати навчальний процес, адаптуватися до постійних змін та травматичного досвіду, що переживають діти та молодь.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, кількість звернень за психологічною допомогою зросла на 30-40% від початку повномасштабного вторгнення. Це свідчить про зростаючу потребу в діагностиці, профілактиці та корекції психосоматичних розладів.

Педагоги, будучи однією з найбільш соціально відповідальних та емоційно залучених професійних груп, особливо схильні до синдрому емоційного вигорання, хронічного стресу та, як наслідок, психосоматичних проявів. Дослідження, проведені українськими науковцями, вказують, що до 70% освітян відзначають погіршення свого психологічного стану, а у 30-50% фіксуються ознаки психосоматичних порушень, таких як головні болі, порушення сну, серцево-судинні розлади, проблеми зі шлунково-кишковим трактом на нервовому ґрунті.

В умовах, коли система освіти має забезпечувати безперервність навчання та психологічну стійкість учнів, ігнорування стану педагогів може призвести до системних криз. Здорова та стійка психіка вчителя є

запорукою створення безпечного та підтримуючого освітнього середовища, що критично важливо для розвитку майбутніх поколінь. Таким чином, дослідження психосоматичних розладів педагогів у період кризи війни є не лише науковою необхідністю, а й практичною потребою для збереження кадрового потенціалу української освіти та забезпечення її ефективного функціонування у складні часи.

Сучасне розуміння психосоматичного здоров'я вимагає комплексного підходу. Воно враховує не лише біологічні порушення (соматичні симптоми та синдроми), а й соціальні зміни у функціонуванні особистості. Це включає трансформацію рольових позицій, цінностей, інтересів та кола спілкування, що відбувається при переході в принципово нову соціальну ситуацію з її специфічними правилами, розпорядженнями та обмеженнями.

Проблематикою психосоматичних захворювань активно займалися видатні науковці. Серед них — американський лікар і психоаналітик Ф. Александер (1891-1964), який вважається одним із засновників психосоматики. Важливий внесок зробив А. Е. Лічко (1926-1994), розробивши класифікацію типів реакцій на хворобу (1980). Американський психолог Леслі Лекрон (1892-1972) також присвятив свої праці цій галузі. Сучасні питання психосоматики досліджує, зокрема, А. М. Радченко.

Дослідження кризи у професійній діяльності показало наступну картину. З кінця ХХ століття у психологічній науці проблема кризи у професійній діяльності розглядається з різних ракурсів. Детермінанти походження та стадії розвитку стресу вивчали М. Борневассер, Р. Лазарус, А. Б. Маслач, Л. А. Китаєв-Смик, Г. С. Нікіфоров, Г. Сельє, А. Пельцман та інші. У сучасній українській психології регуляцією стану людей у кризі, включаючи хронічний стрес, займалися А. Ф. Косенко, В. М. Крайнюк, Є. Л. Носенко, В. О. Моляко, В. І. Осодло, М. С. Корольчук, Ю. П. Горго, О. І. Тимченко, С. І. Яковенко. Аспекти професійної кризи, стресу в умовах трудової діяльності, професійної та особистісної деформації, а також вигорання досліджували О. І. Богучарова, Н. М. Булатевич, І. В. Бринза, Л.

М. Карамушка, В. С. Медведєв, В. Л. Панковець, О. П. Санніков.

Незважаючи на значні напрацювання, проблема психосоматичних порушень педагогів у період кризи залишається недостатньо вивченою. Також бракує досліджень ефективних профілактично-корекційних методів у цій сфері. У нашому дослідженні ми прагнемо висвітлити закономірності формування психосоматичних розладів та з'ясувати їхній зв'язок зі специфікою роботи педагога, кризовим станом та індивідуальними психологічними характеристиками, що можуть по-різному реагувати на однакові зовнішні обставини.

У дослідженні взяли участь респонденти, серед яких були й представники освітньої сфери. Після первинного анкетування, що охопило широку вибірку учасників, для подальшої роботи було відібрано 36 педагогів із психосоматичними проявами. Ці педагоги представляли кілька шкіл міста Рівне, при цьому їхня конфіденційність була збережена за їхнім бажанням.

Мета дослідження – вивчити особливості психосоматичних розладів педагогів ВНЗ у період кризи.

Завдання дослідження:

1. Виявити основні напрямки вивчення психосоматики педагогів у період кризи на основі джерел сучасної психологічної науки.

2. Підібрати методики та розробити стратегію емпіричного дослідження; емпірично дослідити особливості психосоматичних розладів педагогів за допомогою діагностичного інструментарію.

3. Розробити, апробувати програму психокорекції щодо психосоматичних розладів педагогів та виявити її ефективність.

4. Розробити методичні рекомендації щодо профілактики станів особистості педагогів, що спричиняють психосоматичні розлади.

5. Узагальнити та систематизувати отримані результати та намітити перспективу подальших досліджень.

Об'єкт дослідження – психосоматичні розлади, психологічні особливості педагогічної професії.

Предмет дослідження – психосоматичні розлади педагогів у кризовий період.

Існує зв'язок між переживанням професійного та особистісного хронічного стресу у період кризи та психосоматичними проявами у працівників навчальних закладів; основними детермінантами професійного стресу та розвитку психосоматичних розладів є: ситуаційні детермінанти (кризова ситуація) та індивідуально-особистісні детермінанти (психотип).

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань було обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування), методи математичної обробки даних.

Комплекс психодіагностичних методик: опитувальник «визначення нервово-психічної напруги» (Немчін Т. А); авторська анкета «Опитувальник стану самопочуття та здоров'я»; методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина-людина» (К. Маслач і С. Джексон), адаптована українська версія; методика переважаючих емоційних переживань (Б. Додонов).

Експериментальна база дослідження. Дослідницько-експериментальна робота виконувалась на базі ЗОШ № 3 м. Рівного. У експерименті взяли участь 30 шкільних педагогів віком 25-50 років.

Апробація результатів дослідження. Основні ідеї та результати дослідження доповідались та обговорювались на Міжнародній науково-практичній конференції молодих науковців, аспірантів і здобувачів вищої освіти «ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ НАУКИ», яка відбувалася 8-9 травня 2025 року в Національному університеті водного господарства та природокористування (м. Рівне), що засвідчено іменним Сертифікатом.

Структура кваліфікаційної роботи. Дана робота складається зі вступу, трьох розділів з підрозділами, висновків до розділів, загальних

висновків, списку використаних джерел, який включає 67 найменування українських та зарубіжних авторів, додатків.

Основний зміст бакалаврської викладено на 70 сторінках комп'ютерного тексту (без ДОДАТКІВ), містить таблиці, діаграму, рисунки, діагностичні бланки з інструментарієм обробки та інтерпретації в Додатках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІВ У ПЕРІОД КРИЗИ

1.1 Висвітлення психосоматичної проблематики в психологічній науці

Психосоматика — це міждисциплінарна галузь, що об'єднує психологію та медицину для вивчення взаємозв'язку між психологічними процесами, властивостями особистості та фізичним станом організму. Термін «психосоматика» не є однозначним і використовується в різних контекстах, маючи свої нюанси. Спочатку він стосувався тих захворювань, де фізичний стан пацієнта тісніше пов'язаний з психологічними факторами, ніж просто з фактом самої хвороби, яка перевантажує психіку. Сюди відносять психосоматичні захворювання, при яких патогенез емоційних станів, особистісних криз, сповнених стресів, є очевидним та домінуючим у клінічній картині хвороби [1].

За нашим припущенням, психосоматичні розлади часто викликані такими психологічними факторами, як перфекціонізм, підвищена чутливість, високий інтелект та стреси, що накопичуються в періоди кризи. Донедавна вважалося, що ці розлади вражають переважно жінок. Однак ми не погоджуємося з цим твердженням. Очевидно, необхідно враховувати, що жінки живуть значно довше та частіше звертаються до лікарів, ніж чоловіки. Отже, порівняння, на основі якого зроблені такі висновки, може бути некоректним. Рідше на формування психосоматичних реакцій впливають такі фактори, як психотип особистості, сімейно-культурне середовище, або стреси та життєва ситуація кризи.

На сьогоднішній день вчені дійшли згоди, що переважна більшість захворювань різних систем та органів людини мають психогенне походження і можуть бути віднесені до психосоматики. Вони стосуються: системи кровообігу, наприклад, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба

серця; травної системи, наприклад, виразкова хвороба, синдром подразненого кишківника; дихальної системи, наприклад, бронхіальна астма; інші патологічні стани: порушення сну, ожиріння, мігрень, цукровий діабет, розлади харчування, вегетативні розлади, алергії (атипічний дерматит, кропив'янка), усі аутоімунні захворювання (в т.ч. розсіяний склероз), онкологічні захворювання та інші [4].

При переважній більшості хвороб емоційний компонент є безпосередньою причиною проблеми. Однак існують порушення, де провідними факторами стають несумісні зі здоров'ям зовнішні втручання в організм, наприклад отруєння. В інших випадках це об'єктивно зумовлене неповноцінне харчування (наприклад, при дефіциті їжі, при насильницькому або маніпулятивному годуванні, чи у випадку некоректного харчування дітей, які не можуть його самостійно вибирати). У низці випадків слід враховувати як психогенні, так і середовищні фактори, а також фактори харчування, пиття, режим праці тощо [20].

Основна властивість психосоматичних явищ полягає в тому, що вони виникають, загострюються і зникають не випадково, а як реакція на внутрішній стан. Водночас симптоми захворювань непсихогенного походження проявляються незалежно від психологічних процесів. Саме ця закономірність дозволяє відрізнити одну групу хвороб від іншої [15]. Головною відмінністю невротичних розладів від психосоматичних є помітний зв'язок симптомів з їх першопричиною. При неврозах цей взаємозв'язок чіткий, тоді як при психосоматичних розладах він менш очевидний.

Без знання сутності психосоматичних розладів та цілісного ставлення до здоров'я пацієнта (іншими словами — взаємовпливу психічної та соматичної сфер пацієнта) біль може не свідчити про емоційний фон розладу. Часто пацієнт спочатку проходить серію множинних диференціальних тестів, аби можна було поставити конкретний діагноз, з'ясувати, на якій стадії перебуває порушення — відчуттєво-больовій, функціональній чи органічній [17].

У випадку тривожних розладів (неврозів), емоційний компонент є чіткою причиною соматичних симптомів. Наприклад, пацієнт, який звертається до лікаря із гострим болем у шлунку, що виникає виключно під час стресових подій, вказує на прямий взаємозв'язок: стрес викликає соматичний симптом. Це поки що не є психосоматичним розладом [21]. Проте, якщо стреси накопичуються, пацієнт починає відчувати болі в животі дедалі частіше, доки вони не стануть постійними, незалежно від усвідомлених психологічних проблем. Біль виникає несподівано або набуває хронічного характеру, незалежно від того, що відбувається в житті пацієнта. Прихований і постійний конфлікт, що сприяв розладу, залишається неусвідомленим. Тіло реагує на цю несвідому та невирішену, емоційно забарвлену проблему так само, як виникає невротична поведінка. Однак захисні механізми не дозволяють розкодувати симптоми та усунути їх. Пацієнт може навіть заперечувати психологічні труднощі та переконувати лікаря, що в його житті все гаразд.

Психосоматичні розлади часто є вираженням пригнічених, тобто заборонених, емоцій, особливо гніву, страху та провини. Одночасно існуюча емоція та внутрішня заборона на її вираження створюють постійний конфлікт і напруження. Це напруження починає сигналізувати через тіло про існування проблеми, яку необхідно вирішити.

Цікавим прикладом є синдром подразненого кишківника — типовий психосоматичний розлад. Його характерні симптоми відображають емоційний стан хворого. Хоча вони посилюються такими факторами, як стрес, внутрішньопсихічні труднощі все ж є основним чинником появи проблеми [34]. Доведено, що підвищена кислотність шлунка часто виникає у людей, які є дуже вимогливими до себе та оточення, але через культурні або особистісні перестороги не можуть виразити свій гнів. Внаслідок хронічного стресу шлунок або кишківник у таких людей сильно подразнюється, що проявляється виразкою шлунка або синдромом «дірявого кишківника» [24].

Психосоматичні розлади важко піддаються лікуванню, бо

діагностувати психогенність лікарям складно та не дуже звично. Багато пацієнтів неохоче йдуть до психолога чи психіатра через стигматизацію.

Західна парадигма відокремлює тіло від психіки. Прояв цього можна побачити, наприклад, у медицині. Проте, всі дослідження показують, що ми є психофізичним цілим і що психіка впливає на тіло і навпаки. Потреби тіла спонукають до психічного розвитку, завдяки чому психіка допомагає все ефективніше дбати про потреби тіла. Психосоматичні захворювання є певним засобом вираження нашої цілісності [27].

Коли стресові ситуації та пов'язані з ними стресові реакції виникають часто внаслідок кризової дезадаптації, вони можуть перерости у більш постійний функціональний або органічний розлад. Саме тоді ми говоримо про психосоматичний розлад. Особливо це актуально у випадках взаємодії, наприклад, між викладачем і студентом, кожен з яких переживає власну кризу. Така «інтерференція криз» може призвести до взаємного стресового впливу. Результатами такої складної взаємодії можуть бути як сприяння розвитку та життєствердна адаптація, так і деформуючі, гальмівні для розвитку ефекти.

Джойс Макдугал, відомий психоаналітик з Франції, у своїй книзі «Багато облич Ероса» наводить клінічні спостереження взаємин між батьками та немовлятами, де обидві сторони переживають кризу нового етапу життя. Виявляється, несвідомі очікування батьків впливають на майбутню дитину так само, як і емоції матері. Вони відіграють важливу роль у формуванні контакту між матір'ю та плодом, що має суттєве значення для формування психічної структури немовляти. Окрім зовнішніх факторів (наприклад, очікувань батьків, реальних можливостей турботи про потреби дитини, випадкових втрат), шлях розвитку також визначається індивідуальними, вродженими ресурсами дитини, які певним чином звужують або розширюють можливості вибору реакцій та поведінки [32].

Якщо батьки не створили сприятливих умов для майбутнього потомства, або ці умови випадково стали несприятливими, і дитина народилася з труднощами, «незручною» для батьків, вони можуть уникати

контакту з такою дитиною. Тоді її ситуація розвитку набуває вторинного несприятливого впливу. Ігнорування ранніх сигналів про потреби пригнічує чутливість і ніби притуплює потреби, але не повністю. Тілесні сигнали та емоції або не розпізнаються, або спотворюються. Це може посилити неадекватність поведінки або призвести до посилених психосоматичних сигналів соціально-психологічного неблагополуччя через тіло. Так, люди, яких лікар направив, помітивши основну проблему – психологічну, – часто не розуміють своєї «аномальності», подібно до риби в акваріумі, яка не усвідомлює обмеженості своєї свободи, бо була там від самого початку. Вони не чують свого «Я» і не усвідомлюють потреби контакту з ним.

До групи людей, які страждають на соматичні захворювання, належать алекситиміки, яким важко розпізнавати, називати та висловлювати емоції. Тому їм складно реагувати на інформацію, що надходить з емоційної сфери. Вони не можуть подбати про себе з точки зору емоційних, а іноді й фізичних потреб. За браком інших засобів виразності, тіло через захворювання «говорить» за них, як у маленької дитини [36].

Важливою причиною, чому важко пов'язати психосоматичні розлади зі сферою нашого досвіду, є той факт, що такі захисти формуються в дуже ранньому періоді нашого життя (перший-другий рік життя). Наша пам'ять у цей період мимовільна – вона емоційно-тілесна [40]. Наша психіка по-своєму використовує символи тілесних симптомів, іноді дуже незрозумілі для нас, що знову ж таки може ускладнити пов'язування фізичних недуг зі сферою емоцій нерозв'язаної кризи чи незадоволених потреб. Прикладами таких фізичних символів є соматичні симптоми, наприклад, відчуття тиску в горлі, ніби хтось здавлює його пальцями спереду (симптом «ком у горлі»). Процес психотерапії дозволяє розпізнати потреби та задовольняти їх іншим, більш конструктивним способом, а також не уникати конфліктів і переживань, а вирішувати їх і відпускати. Це, звичайно, не означає, що ці захворювання лікуються лише психотерапією. Проте психотерапія може суттєво допомогти та підтримати медичне лікування, якщо лікарі визнають

це за необхідне. Іншим прикладом можуть бути проблеми з хребтом, пов'язані, наприклад, із занадто довгим сидінням, а також внутрішнє напруження, викликане постійним відчуттям поспіху або тривоги. Наше тіло завжди бере участь у переживанні та одночасно у придушенні цього переживання. Навіть якщо це не завжди видно зовні, певні групи м'язів або мікроструктур спазмуються, даючи відчуттєві або больові сигнали. Так, може відчуватися «ком у горлі», а потім, ніби інший симптом, з'явиться біль у горлі без ознак застуди, що дивним чином чергується з попереднім: після місяця «кому» – місяць болю. Якщо психологічна напруга триває роками, порушити роботу пов'язаних з нею органів неважко [39].

Отже, ризик соматизації зростає у кожної людини, яка відчуває незвичайне зростання стресу, пов'язаного із зовнішньою ситуацією або внутрішнім конфліктом. У кожного бувають соматичні реакції, коли емоційні стреси перевищували наші можливості впоратися з ними іншими способами, наприклад, біль у животі, проблеми зі сном перед важливим іспитом або співбесідою. Це тому, що соматизація допомагає захиститись від душевного болю, і це один із найперших способів боротьби з психологічною напругою. Певним чином тілесні негаразди «просять» людину піклуватися про себе.

1.2 Психосоматичні розлади педагогів: особливості причин та проявів

Специфіка професії педагога полягає в тому, що, по-перше, вони працюють з людьми, по-друге, ці люди знаходяться на певному етапі свого життя, який можна визначити як шлях розвитку індивідуальних психологічних і соціальних функцій, по-третє, місія педагога ВНЗ в тому, щоб забезпечувати належним впливом на мотивацію та соамоорганізацію людей [23].

Бачимо одночасно діяльність, спрямовану на передачу знань і досвіду іншим, а з іншого боку, це взаємодія між педагогом і студентами, де від учнів та ззовні надходять запити, перешкоди, якісь додаткові

обставини, що можуть ускладнювати виконання основної місії. Тому, мета роботи викладача, педагога — викликати постійні зміни з врахуванням передбачуваних та непередбачуваних обставин протидії. При цьому педагог готує середовище до цих змін і контролює як те, що в ньому відбувається, так і вищезгадані ефекти, які виникають в студентів щодо знань, умінь, настроїв, почуттів, поведінки, рис характеру тощо. Робота викладача є складною, цікавою та вимогливою з усіх боків діяльністю - як з точки зору професійних компетенцій, так і власних рис особистості [25].

Інші професії, такі як освітні педіатри, логопеди або спеціалісти з реабілітації в медичних освітніх закладах, психологи для високої продуктивності та функціональності, як і педагоги потребують психологічної підтримки та методичної допомоги, особливо у період кризи війни. Однак, якщо таке розширення професійної діяльності вимагає формального підвищення кваліфікації та отримання відповідної кваліфікації, життя часто вимагає вирішення різних ситуацій «на місці» у спосіб, який вимагає від викладача елементарних терапевтичних навичок, а це передбачає безперервне навчання з метою вдосконалення. Тому можна очікувати, що, особливо у викладачів, які відчувають більшу відповідальність за свою роботу зі студентами в кризовий період, може виникнути ризик втоми, психофізичного перевантаження та розвитку психосоматичних розладів. У цій роботі ми хочемо зосередити увагу на трьох вибраних, але взаємопов'язаних аспектах професії педагога в період тотальної кризи, а саме:

- 1) ресурсне спілкування із студентами;
- 2) прийняття ризику вигорання та розвитку психосоматичних розладів як усвідомлення необхідності формування власних ментальних ресурсів;
- 3) набуття відповідних компетентностей запобігання перевтоми й виснаження, організація впливу навчального закладу як створення психологічно безпечного освітнього середовища [3].

Додаткова напруга в роботі освітянина пов'язана з соціальними очікуваннями щодо цієї професії. Від нього потрібні не лише знання та вміння їх передати, а й відповідні соціальні, особистісні та емоційні компетентності. І підвищуються ці очікування в період кризи, пов'язаної з війною.

Специфіка роботи викладача у кризу часто викликає розчарування через недостатню оплату праці, незабезпеченість комфортних умов роботи (дефіцит та економія тепла, змушеність працювати онлайн при недостатній забезпеченості обладнанням), низькі кар'єрні можливості та відсутність визнання виконаної роботи в період, коли «всім і так погано».

Труднощі в педагогічній професії у період кризи найчастіше стосуються робочих перевантажень. Істотним джерелом стресу є відсутність у студентів мотивації до навчання, потреба підтримувати виконавську дисципліну. Часто доводиться стикатися з необхідністю навчання учнів різного рівня здібностей, пристосовуючи методи роботи до їх індивідуальних можливостей. Педагог стикається з браком часу для реалізації запланованого матеріалу [2].

У зв'язку з поставленими перед ним завданнями викладач повинен відповідати різноманітним очікуванням: учнів або студентів, колег, адміністрації закладу, акредитаційної комісії. У своїй роботі він часто переживає невпевненість, його спіткає відчуття недостатньої компетентності, знань і навичок у виконанні всіх завдань, які перед ним поставлені в кризовий період. Одні приймають такі ситуації як виклик, інші вважають їх непереборними труднощами. Це часто призводить до симптомів, характерних для синдрому вигорання:

- відчуття втоми та виснаження;
- небажання виконувати роботу;
- зниження продуктивності;
- відчуття ізоляції, самотності;
- сприймання життя як гнітючого і важкого;
- негативне ставлення до окремих студентів, колег, адміністрації;

- відсутність терпіння, дратівливість;
- часті захворювання та фізичні нездужання (наприклад, часті головніболі);
- негативні самоушкоджучі думки.

Наявність цих симптомів має спонукати їх звернутися за допомогою та підтримкою [11]. Особливо важливо моніторити свої стани та шукати допомоги в період тотальної кризи війни. Багато вчителів та викладачів таки справляються зі стресом на роботі завдяки підтримці колег по роботі, допомозі сім'ї, підвищуючи власні професійні компетенції, беручи участь у тренінгах, «Школі лідерства», піклуючись про свій фізичний стан.

Усвідомлення причин психосоматичних розладів та розуміння стресу, його ролі у психогенному походженні тілесних недуг дозволяє ефективніше упроваджувати в життя педагога норми та правила психологічно безпечної праці та дозвілля.

Стрес є станом психофізіологічного напруги, що виникає під впливом будь-яких сильних впливів і супроводжується мобілізацією захисних систем організму і психіки. Поняття «стрес» введено в 1936 році Канадським фізіологом Гансом Сельє. Відрізняють також еустресс – нормальний стрес, який слугує цілям збереження і підтримки життя, і дистрес – патологічний стрес, що виявляється в хворобливих симптомах. В повсякденній свідомості закріпилося друге уявлення про стрес. Таким чином, стрес – це напружений стан організму та неспецифічна відповідь організму на висунуті йому вимоги (стресову ситуацію) [28].

Основна сутність стресу це переживання фрустрації, тривоги, що запускаються не тільки зовнішніми подіями, а і психологічними особливостями людини, її інтерпретаціями у зв'язку з її досвідом та нервовою організацією (психотипом). Стрес є природною реакцією для захисту та адаптації або боротьби. Він слугує виживанню, але погано вписується як постійний фактор в процес так званого «благополуччя» чи процвітання, про що мріють люди.

Серед ознак стресової напруги виділяються наступні: неможливість

зосередитися; часті помилки в роботі; погіршення пам'яті; постійне бажання «не робити», відпочити при одночасному недозволі собі цього; прискорена мова; сплутаність думок; часті болі(голова, спина, шлунок, кишківник, суглоби); підвищена дратівливість; робота, яка раніше подобалась, більше не приносить радості; втрата почуття гумору; різке зростання кількості викурених сигарет; пристрась до алкогольних напоїв та/або солодкого; постійне бажання щось поїсти або втрата апетиту; прокрастинація та неможливість вчасно завершити роботу [40].

Тривалий стрес, який є надмірною психологічною або фізіологічною напругою, викликає знижений інтерес до міжособистих і сексуальних стосунків. Зараз говорять про «епідемії хвороб стресу», найбільш частими стають інсульти, інфаркти, виразки. Стреси часто стають причиною цукрового діабету, глаукоми, геморою, пародонтозу. При стресі швидше виникає застуда, гірше загоюються рани [35].

Вчені дослідили типові фазові реакції на стрес [26]. Спочатку людина свідомо або підсвідомо намагається пристосуватися до абсолютно нової ситуації. Потім настає адаптація. Людина або зберігає рівновагу в новій ситуації і стресі, або не адаптується до неї – тут можуть виникнути різні психічні або фізичні відхилення. З'являється стан безпорадності, безнадійності, депресії. Але така стресова реакція може бути запобіжною. Може бути активний захист від стресу. Людина змінює сферу діяльності і знаходить щось більш корисне і спрямовується на досягнення душевної рівноваги, яка сприяє поліпшенню стану здоров'я [9]. Можлива ще прогресивна релаксація або розслаблення після спеціально організованого фізичного напруження на максимумі - це підвищує природну адаптацію людського організму.

Подразники підвищеної психоінтенсивності, що роблять стрес застрягим, можуть викликати дистрес і запустити соматичне захворювання, деформацію психіки і навіть спричинити смерть. Спосіб реагування на інтенсивні зовнішні подразники в період кризи визначається не тільки індивідуально-психологічними особливостями конкретної особи

- психофізіологічною конституцією, чутливістю до впливу (сенситивністю), особливостями мотиваційної та емоційно-вольової сфери. Впливає також і професія або рід занять людини.

Професія педагога в сенсі схильності до психосоматики стає очевидною, коли проаналізувати, на які недуги хворіють освітяни. До основних професійних захворювань педагогів відносяться: міопія (близорукість); ларингіт і фарингіт; синдром хронічної втоми; гіподинамія з усіма її застійними наслідками, остеохондроз та ін. [23].

Діагностика професійного захворювання може здійснюватися як під час профогляду, так і під час звернення до лікарів, коли симптом заважає здійснювати професійну діяльність, а це буває в доволі запущеній стадії.

Перелік професійних захворювань педагогічних працівників:

«Хронічні захворювання органу голосу, викликані надмірним голосовим зусиллям тривалістю не менше 15 років:

- тверді голосові вузлики;
- вторинні гіпертрофічні зміни в голосових складках;
- парез внутрішніх м'язів гортані з веретеноподібною звуковою регургітацією голосової щілини і постійною дисфонією.

У аналізованому випадку підтверджено професійний вплив надмірних голосових зусиль протягом понад 15 років. Безперечно встановлено, що специфіка роботи цієї особи пов'язана з необхідністю постійного використання голосу для правильного проведення дидактичних занять, що, безсумнівно, пов'язано з надмірним голосовим зусиллям [30].

За захворювання, пов'язані зі стресом, коли робоче середовище є занадто напруженим (складні завдання, терміни, наявність зовнішніх кризових факторів таких, як ковід, війна, втрата близьких з ближнього оточення). Коли педагоги перебувають в такій ситуації, вони можуть почуватись «у пастці», яку ненавидять та очікують неможливого. Коли педагоги не можуть робити достатню кількість ксерокопій, щоб роздати на занятті, тому що папір «коштує дорого»; коли проводяться тести, а студенти зазнають невдач, коли вони не відвідують занять та не виконують

самостійних робіт, доводиться їх не атестувати, що тягне потім неприємні наслідки – все це не минає безслідно. У таких закладах багато захворювань серед педагогів, які спричинені хронічним стресом [6].

Педагогічні працівники піддаються значно більшому ризику, ніж більшість інших груп працівників відносно проблем з горлом і голосом. Статистика Voice Care UK показала, що осітняни у вісім разів частіше страждають від захворювань, пов'язаних із голосом, ніж інші професії. Згідно дослідженням, проведеним Грінвічським університетом, педагоги, що отримали підвищену кваліфікацію, піддаються ще більшому ризику: 50% NQT страждають від втрати голосу протягом першого року роботи [39], що свідчить про збільшену відповідальність та збільшену відповідно до неї напругу.

Голос і слух є важливими ресурсами для педагогів. Загальні фактори, що сприяють розвитку проблем з голосом, включають неефективну біомеханіку постави та дихання, що посилюється через тривалу розмову під час втоми чи с стресу, а також перенапруження голосу від керування великими групами, іноді в навчальних приміщеннях із поганою акустикою та/або на фоні гучного шуму, що знижує слухову чутливість [24]. Однак, педагоги повинні бути уважними до ознак утруднення голосу. Вони можуть виникнути в будь-який час і можуть бути спричинені надмірним використанням голосу, інфекцією чи хворобою. Як перший крок, педагоги, які відчувають будь-який із наведених нижче симптомів, повинні проконсультуватися з лікарем загальної практики:

- регулярна та/або незрозуміла втрата голосу;
- зміна якості голосу (наприклад, захриплість або квакання) протягом більше десяти днів;
- слабкий і втомлений голос;
- голосові зв'язки та/або горло, в яких відчувається постійний біль або «ком у горлі»;
- часте прокашлювання, прочищення горла;
- втрата голосової сили або здатності тримати звук на видосі довго.

Тривалу та повторювану захриплість, туговухість за відсутності застуди чи інфекції горла та постійну зміну висоти чи якості голосу слід досліджувати.

Роботодавці також повинні надавати консультації та допомогу через службу гігієни праці. Заходи, які роботодавці можуть зробити, щоб допомогти, можуть включати голосову терапію, а також, наприклад, надання обладнання для підсилення голосу за відповідних обставин [38].

Німецькі дослідники, які вивчали професійну групу педагогів, з'ясували, що вони перебувають у кращій фізичній формі, ніж представники інших професій – медицини та правоохоронних органів, але психосоматичні захворювання серед них зустрічаються набагато частіше. Педагоги схильні до втоми, стресів, нападів головного болю, забудькуватості, дратівливості та проблем зі сном [19]. Їм доводиться багато терпіти, відкладати відпочинок на невідоме «потім».

Важливим напрямом у вивченні психосоматичних захворювань у педагогів є визначення факторів та умов їх виникнення. До таких, на наш погляд, можна віднести:

- тривала нервова напруга та підвищений рівень шуму;
- ненормований графік роботи та відсутність повноцінного відпочинку;
- пригнічені емоції та прихована невисловлена образа, особливо накладена на травми дитинства;
- фрази, що часто повторюються, по відношенню до свого тіла як програмування організму на кшталт «я почуваюсь, як вичавлений лимон», «в мене розколюється голова», «ця робота мене убиває», «ці плани та звіти – один геморої» і т.п.;
- отримання вигод від хвороби, коли тіло і психіка «вступають у змову».

Отже, важливо звертати увагу на психосоматичне здоров'я освітян, особливо, коли панує тотальна криза, викликана війною. Адже збитки виникають і фінансові, і морально-психологічні, і культурні.

Психосоматичні хвороби педагогів – це не тільки їх особиста справа чи предмет уваги медиків – це «будильник» для соціуму, для адміністрації закладу та громади, сигнал того, що проблему створення якісних умов праці в освіті для всіх її учасників настав час вирішувати радикально. Значна роль щодо профілактики та корекційних заходів відводиться освітнім психологам та тим практикуючим психологам за межами закладу, хто відгукується на звернення освітян по допомогу.

1.3 Кризовий контекст стихійної рефлексії та терапевтичних підходів до подолання внутрішніх бар'єрів психосоматики педагогів

Головним механізмом реагування педагогів як відповідальних та усвідомлених фахівців на стресор чи сукупність стресорів, пролонгованих в часі, тобто на кризу, є рефлексія. Термін походить від "*reflexio*" (лат.) – «звернення назад» і позначає відображення, а також дослідження пізнавального акту. У сучасному розумінні одним із перших даних термін почав вживати англійський філософ Дж. Локк у 17 столітті. Він вважав рефлексію джерелом особливого знання, коли спостереження спрямовується на внутрішні ментальні дії на відміну від фізичних відчуттів, що викликаються фізичними відносно свідомості зовнішніми подразниками [6]. Рефлексія є базовим механізмом самоорганізації психічної активності, отже вона слугує саморегуляції у пристосуванні до змін [22]. Рефлексія, будучи підсистемою регуляції людини, пов'язує між собою інші підсистеми регуляції, забезпечує їх узгодження. Представляючи одну з підсистем регуляції, поряд з активністю та ціннісно-смісловою сферою, рефлексія виконує базову функцію, яка полягає у зверненості до реалізації зовнішньої та внутрішньої активностей людини.

В той же час, в період проживання кризи, обертання назад на попереднє життя відбувається стихійно без усвідомлення та формулювання конструктивної мети. Воно має характер порівняння минулого з теперішнім і досаду або й розпач як стримуваний гнів, сором та, можливо,

вину за теперішню свою ситуацію й нездатність з нею впоратись.

Різновиди рефлексивних переживань залежать від стану людини, про що йдеться в роботі «Abnormal Psychology» [31]. Так, Susan Nolen-Hoeksema розрізняє: *нав'язливу рефлексію* у вигляді роздумів (*ruminatio*n) як спосіб «реагування на дистрес, що полягає у повторних і пасивних зосередженнях на симптомах дистресу, можливих причинах і послідовності цих симптомів» і *ментальну рефлексію*, що дозволяє більш адаптивно регулювати поведінку [33]. В її роботі доведена закономірність існування позитивного зв'язку між схильністю до нав'язливої рефлексії (*ruminatio*n) та депресією, підвищеним рівнем нейротизму, тривоги, цефалгією й іншими патологічними станами та симптомами, внаслідок чого у людини знижуються когнітивні функції, а її поведінка характеризується підвищеною конфліктністю та песимізмом. Натомість на яскравих прикладах доводиться ефективність ментальної (позитивної) рефлексії в регуляції поведінки та діяльності.

На основі аналізу емпіричного матеріалу науковці визначили три типи рефлексії.

Системна рефлексія спрямована як на внутрішнє (самого себе), так і зовнішнє (об'єкти, явища, події, інших суб'єктів тощо); вона є поліфункціональною, пізнавальною, розвивальною завдяки здатності зупинитися, поглянути на себе збоку, побачити ситуацію взаємодії у всіх її аспектах та, завдяки такому спогляданню, здійснити найбільш оптимальні дії й ухвалити найбільш оптимістичні рішення.

Інтроспекція (арефлексія) спрямована на самого себе без здатності звернутися увагою та усвідомленням на зовнішнє.

Квазірефлексія спрямована на зовнішні об'єкти з ігноруванням актуальної внутрішньої ситуації, це нездатність бути в контакті з собою, зазирнути у власне «Я» [5]. Отже, як бачимо, тільки системна рефлексія з трьох описаних видів відповідає задачам якісного результативного проживання кризи так, щоб уникнути факторів повторної чи систематичної психотравматизації або дистресу в наслідок дезадаптації.

Нам слід з'ясувати, як пов'язані зовнішня і внутрішня кризи. Внутрішню кризу ми розуміємо як неможливість зібрати себе, своє «Я» несуперечливим чином. В такому випадку потреба у самоцінності не задовольняється ні самою людиною, ні, на її переконання, обставинами - людина переживає безвихідь, що спонукає її до змін.

З найбільш істотних ознак життєвої кризи можна назвати наступні:

1) неможливість зібрати себе (нестійкість образів та думок про себе, про власне «Я», розмита часова перспектива або її відсутність, блокада рефлексії, втрата почуття ідентичності);

2) блокування прагнення до пізнання та підтримки своєї цінності (знижене прагнення до саморозвитку, самоствердження, самореалізації, відчуття своєї непотрібності та нікчемності);

3) сенсожиттєві переживання та роздуми (нав'язлива непродуктивна рефлексія та відповідні непродуктивні або деструктивні вчинки).

У стані кризи людина втрачає розуміння, як і навіщо жити, не може пояснити для себе сенс труднощів. Їй складно поєднати своє минуле та майбутнє в теперішньому, зібрати фрагменти свого часового «Я». Відбувається порушення безперервності життєвої лінії, виникає конфлікт між «Я» у минулому та «Я» в майбутньому. Цей конфлікт не може бути швидко вирішений за допомогою наявних рефлексивних механізмів зв'язування кордонів «Я». Для цього потрібен час, протягом якого здійснюється процес переживання складної життєвої ситуації [7, 29, 11].

Процес переживання кризи розгортається безпосередньо в активності людини. Феноменологічно у проживанні кризи можна виділити кілька етапів. На початку кризової ситуації у людини виникають негативні, бурхливі емоційні переживання. Вони сигналізують про те, що сталася подія, яка зачіпає якісь вагомні ціннісно-сміслові утворення – «координати життя» людини. Цілісність цих утворень перебуває під загрозою руйнації, і людина прагне їх зібрати, не дати їм розвалитися. Це виявляється у відкиданні, несприйнятті ситуації (блокування системної рефлексії), у

прагненні щосили триматися своєї версії того, що відбувається, тобто часто у звинуваченні інших людей та обставин.

Провідними емоціями та почуттями на цьому етапі є образа, агресія, гнів, емоційний шок тощо [3]. Вони проживаються знову і знову в думках, спогадах. Подібні переживання стають звичкою, другою натурою – вони локалізують, «стягують» рефлексію на окремих ціннісно-смыслових утвореннях, звужують свідомість людини до певної емоційної точки. Людина ніби прикута до неї і «не бачить» нічого навколо, не уявляє свого життя далі іншим. Це може призводити до зациклення людини на проблемі, коли вона потрапляє в емоційну пастку. Наприклад, вчителька, переживаючи гостру травму через зраду чоловіка, думає тільки про це, стає похмурою в комунікації з іншими, з періодичними вибухами агресії. Образа виникає, коли не виправдовуються очікування суб'єкта по відношенню до нього з боку іншого. Тоді людина відчувається недооціненою, фрустрованою, депривованою, непотрібною – страждає суб'єктивна цінність її «Я». Такі переживання поглинають особистість, вона ніби «злипається», «схлопується» цими почуттями та емоціями. В результаті може виникати блокування процесу рефлексії, коли відсутня здатність диференціювати свої почуття, зрозуміти, що відбувається, як це назвати, як вийти на нові обрії осмислення проблеми та діяти по-новому. Саме за таких обставин втрачає значущість власного «Я», заснованого на втраті ідеалізованого сценарію, де ролі близького оточення в картині світу людини були розписані з вигодою для неї, де середовище мало б сприяти цінності суб'єкта в його розумінні, а цього не сталося – запускається хвороба, і часто це рак.

Е. Фромм виділив три психологічні ресурси, що допомагають людині в подоланні важких життєвих ситуацій [16]. Надія – психологічна категорія, що сприяє життю і зростанню. Це активне очікування і готовність зустрітися з тим, що може виникнути.

1. Раціональна віра – переконаність в тому, що існує велика кількість реальних можливостей і потрібно лише вчасно виявити ці можливості.

2. Душевна сила – мужність. Душевна сила – здатність чинити опір ударам долі, перетворюючи ситуацію на «голий оптимізм» або на ірраціональну віру.

Активація глибокої адаптаційної енергії відбувається тоді, коли людина довго знаходиться в стресовій ситуації і поверхневі ресурси вже виснажені. У деяких осіб темп включення «глибоких» резервів буває недостатнім для нейтралізації дії стресора, отже, такі індивіди відзначаються зниженою резильєнтністю до стресу. Виснаження глибоких ресурсів призводить до старіння та смерті організму [18].

Таким чином, стресостійкість особистості на соціально-психологічному рівні розглядають як: збереження її здатності до соціальної адаптації; збереження в її житті значущих міжособистісних зв'язків; забезпечення умов для її успішної самореалізації, досягнення нею життєвих цілей; збереження її розумової і фізичної працездатності; збереження її здоров'я [31].

У науковому дискурсі останніх років з'явилося нове поняття – «кризова ідентичність» [3]. Традиційно криза ідентичності визначається як особлива ситуація свідомості, коли більшість соціальних категорій, за допомогою яких людина визначає себе і своє місце в суспільстві, здаються такими, що втратили свої межі та свою цінність. Криза ідентичності неминуче пов'язана зі зміною ролі ще однієї змінної — референтної групи. Ідея референтної групи належить Г. Хаймену і полягає у тому, що індивіду властиво розрізнати свою реальну належність до певної «групи членства» і належність до уявної групи, в яку він не входить реально, але цінності і зразки поведінки якої сприймає і наслідує. Реальна і уявна групи позначають певний фокус ідентифікації. Отже, якщо і група членства, і референтна група втрачають риси привабливості, то це є доказом наявності кризи ідентичності [13]. Обвалюються ідеали та мрії, зникає мотивація жити якісно, а потім і зовсім жити. В період кризи, пов'язаної з війною, суттєво змінюється соціальна структура суспільства.

Проблема «віднесення» себе до соціальної групи «стійких та

витривалих» стає, по суті, принципово новим надзавданням, що саме по собі може додавати напруги. Проблема ще й у віднесенні себе до таких соціальних груп, які схвалюються як зсередини, так і ззовні. Річ не тільки у виникненні нових соціальних груп або зникненні старих, а й в «розпливчастості» категорій, за допомогою яких ці групи оцінюються в масовій свідомості (або зберігається до них позитивне ставлення, або виникає різко негативна оцінка, наприклад, «українці, які говорять російською мовою», «українці, що виїхали за кордон», «жінки, що розлучились з чоловіками-військовими»).

Зміни в структурі українського суспільства в період кризи сприяють загальній зміні образу світу, фактично, розпаду його звичного образу, що може спричинити дезорієнтацію, втрату ідентифікацій на індивідуальному і груповому рівнях, а також на рівні суспільства в цілому [3].

З іншого боку, в межах цієї кризової соціальної структури ускладнюється структура відносин. При цьому руйнується величезна кількість стереотипних моделей соціальної взаємодії, чому сприяє не тільки зростаюча прірва між прибутками різних соціальних груп, а й співвіднесення свого соціального стану зі станом аналогічних статусних груп в інших країнах світового співтовариства, адже війна спровокувала потужний відтік населення – біженців з України.

Такі кризові коливання у взаємодії відбуваються не тільки між верствами, а й між окремими людьми, у результаті чого рішення доводиться ухвалювати в ситуації крайньої невизначеності. Внаслідок цього виникає особливий кризовий контекст війни, що триває, та невідомо, коли і чим закінчиться - «ідентичність у невизначеності» [29]. Це може затягнути у постійну болючу ситуацію перманентної кризи, що часто у освітян обертається психосоматичною самоекспансією.

Терапія психосоматичних захворювань після постановки діагнозу проводиться в кілька етапів: надання невідкладної допомоги (можливо з госпіталізацією), короткочасне або тривале лікування. Тривале лікування включає психотерапію, медикаментозне лікування психічних та

соматичних порушень, реабілітацію.

Призначення медикаментозної терапії при психосоматичних розладах ґрунтується на принципах індивідуальності, комбінаторики та динамічної корекції стану пацієнта. Це означає, що для кожного хворого підбирається певний набір ліків та їх дозування, а лікування коригується залежно від змін у стані пацієнта. Проте, лише медикаментозна терапія є малоефективною без психотерапії [4]. Це особливо актуально, якщо педагог відчуває вторинну вигоду від лікування – відпочинок від проблем, які не може усунути, або ж входження в нову рольову ідентичність людини, про яку турбуються.

Методи психотерапії підбираються індивідуально, залежно від причин виникнення психосоматичного захворювання. Це може бути індивідуальна дистанційна психотерапія, групова та сімейна терапія, аутотренінги, клініко-психосоматичне лікування (стаціонарне), анімалотерапія, природотерапія, тілесно орієнтована терапія тощо. Практикуючі фахівці наголошують на різноманітності методів лікування, що підвищує їх ефективність.

Окрім психотерапії, важливо проводити терапію соматичних симптомів, наприклад, призначати лікувальну фізкультуру (ЛФК), масажі, фізіотерапевтичні процедури, дихальні вправи. За наявності справжніх соматичних захворювань важливо не посилити їх перебіг. Терапія може проводитись за участю невролога, терапевта, педіатра, якщо йдеться про лікування дитини. Проте, пріоритетним є лікування у психіатра при запущених формах [10]

Отже, нині запропоновані принципи терапії психосоматичних розладів можна систематизувати, виділивши такі основні напрями:

- 1) Клініко-психологічні (загальні) принципи: індивідуалізації, опосередкованості, відносин, середовища, гуманізму.
- 2) Клініко-динамічні принципи: системності – комплексності, етапності, переваги терапії.
- 3) Клініко-патогенетичні принципи: обов'язковість використання

антидепресантів, диференційованість терапії депресивних розладів, проведення седативної терапії з урахуванням афекту тривоги, локалізації соматичних розладів, церебрально-органічної недостатності та особливостей особистості хворого.

При розподілі психосоматичних розладів у педагогів враховується внутрішня картина хвороби та наявність нозогеній. Внутрішня картина відображає ставлення педагога до симптомів та факту порушення. Тут виділяються ситуаційний та особистісний варіанти.

У першому варіанті перебіг порушення в основному зумовлений зовнішніми факторами, наприклад, несприятливими життєвими та професійними умовами (велика кількість дітей у класі, відсутність технічних засобів, велике тижневе навантаження через необхідність замінювати хворих колег).

У другому варіанті ключову роль відіграють внутрішні психологічні конфлікти та травми особистості. Педагогам з другою картиною частіше потрібна тривала психотерапія, тоді як із ситуаційним варіантом розвитку хвороби – допоможе середньостроковий комплекс психотерапевтичних та фізіотерапевтичних методів для зменшення соматизації.

У педагогів із соматичними порушеннями можуть розвиватися нозогенії – психогенні реакції на симптом як травмуючий фактор. На формування нозогеній впливає й внутрішня картина соматичного порушення.

Розрізняють невротичні, афективні та патохарактерологічні нозогенії. Для невротичних нозогеній характерна наявність тривожно-фобічних розладів та «невротичного заперечення». Педагог відчуває страх перед симптомом, перед уявною неможливістю лікування, реабілітації, він намагається або перебільшити, або заперечувати вплив порушення на його життя, стає дуже недовірливим, схильним до іпохондрії [11].

Афективні нозогенії найчастіше зводяться до виникнення депресії чи гіпоманії. У пацієнтів може спостерігатися сильна пригніченість або навпаки піднесеність настрою, що межує з ейфорією, вони неадекватно

оцінюють свій стан. На нашу думку, через перфекціоналізм та хибний сором, відбувається гіперкомпенсація в діяльності, що ще більше виснажує та посилює симптом. Тоді потрібно ще більше зусиль для його заперечення та стимулювання в собі бурхливої активності.

Важливо визнавати позитивні ефекти застосування нетрадиційних методів терапії. Адже лікуванню підлягає особистість хворого загалом, а не його окремих орган чи система, тому необхідні поєднання різних біологічних і психотерапевтичних підходів та засобів.

У лікувальному процесі потрібна участь як лікаря соматичного профілю, так і психолога, а у важких випадках клінічного психотерапевта. Фармакотерапія психосоматичних розладів передбачає використання широкого спектра психотропних засобів, насамперед транквілізаторів, а також антидепресантів, ноотропів та нейролептиків, а також загальнозміцнювальної симптоматичної терапії.

Різноманітні терапевтичні властивості таких засобів роблять їх помічними для усунення низки симптомів та синдромів психічного, неврологічного, нейровегетативного характеру, які часто виникають у ході різних захворювань. Зрозуміло, у багатьох випадках психотропні препарати не вирішують основних проблем терапії, не знижують нерве навантаження в роботі.

Тим не менше, у ході комплексної допомоги та профілактики психосоматичних розладів у педагогів, пропонується активно використовувати різні методи інтервенції [12]:

1) Емоційно-образний процесінг (ЕОП). Це корекційно-терапевтичне втручання, спрямоване на пізнання та усунення внутрішнього конфлікту, вивільнення задавнених емоцій, які затверділи в тілі й діють як самостійні програми, що можуть підсилюватись та проявлятись через болі, порушення функцій як за трігерних обставин, так і без них.

Емоції в ЕОП уявляються образами, з якими виникає діалог, розігрується драматизація у внутрішньому і частково у зовнішньому плані. За кілька сесій клієнти позбуваються психосоматичних розладів та вирішують

свої психологічні проблеми.

2) Психосинтез. Динамічна корекція психічного життя людини з урахуванням певного підходу до будови та функціонування внутрішнього світу.

3) Терапія, фокусована на рішенні. Принципово не фокусується на пошуку причин дискомфорту пацієнта, а займається пошуком та реалізацією ресурсів для його подолання.

4) Позитивна інтерпретація симптомів дозволяє знайти добрий початок у хворобі та поступово змінює точку зору хворого на його хворобу.

5) Гештальт-терапія. Зняття блокування та стимулювання розвитку людини, реалізація її можливостей та устремлінь за рахунок створення внутрішнього джерела опори та оптимізації процесів саморегуляції.

6) Когнітивно-поведінкова терапія. Психопатологічні та психосоматичні розлади є наслідком неточної оцінки подій. При зміні оцінки цих подій відбувається зміна стану, виникає можливість інакше реагувати на ситуації, що викликають напади паніки або агресії [33].

7) Символодрама -- метод кататимного переживання образів.

8) Транзактний аналіз. Терапія у структурі особистості его-станів, пов'язаних один з одним поведінкових шаблонів, думок і почуттів як моносценарного способу життя особи.

9) Ортодоксальний психоаналіз. Аналіз витіснених у несвідоме несприятливих емоцій (агресія, сексуальний потяг), що виявляються у вигляді символів чи символічних симптомів.

10) Психодрама. Груповий процес, у якому використовується інструмент драматичної імпровізації вивчення внутрішнього світу пацієнта, формування нових відносин і моделей поведінки, реально наближених до життя [17].

11) Тілесно-орієнтована психотерапія. Робота з невідреагованими емоціями та травматичними спогадами пацієнта, які внаслідок механізмів психологічного захисту відображаються в тілі.

12) Нейролінгвістичне програмування.

13) Сімейна психотерапія. Модифікація відносин між членами сім'ї як системи.

14) Креативна візуалізація як використання творчої, керованої візуалізації на формування нейропсихологічних процесів.

15) Арттерапія мистецтвом. Метод дозволяє експериментувати з почуттями, досліджувати та висловлювати їх на символічному рівні.

16) Танцювально-рухова психотерапія. Метод, у якому рух є способом переробки інформації, самопізнання, самовираження та розвитку.

17) Фітотерапія та ароматерапія – використання збору трав та ефірних олій для заспокоєння та/чи збадьорення.

Цей спосіб лікування в офіційній медичній практиці застосовується не виправдано рідко. Часто ігноруються навіть науково доведені ефективні засоби. До теперішнього часу у вітчизняній та зарубіжній літературі визнаються цілком надійними такі, наприклад, лікарські трави та ефірні олії, що спричиняють седативну чи тонізуючу дію [14].

З арсеналу психотерапевтичних засобів та методів можна скласти корекційно-профілактичну програму, виходячи з індивідуальної картини порушення, рівня ураженості, компетенцій та можливостей фахівців, задіяних у комплексну терапію психосоматичних розладів педагогів.

Висновки до першого розділу

Діяльність педагогів входить у групу професій хронічної психоемоційної напруги з високим ризиком розвитку психосоматичних розладів. Формуванню подібних розладів сприяють: перфекціонізм, чутливість, високий інтелект та стрес. На їх формування впливають такі фактори, як: індивідуальні особливості, сімейне оточення та сімейна культура, характер та інтенсивність стресу (життєва кризова ситуація, внутрішньопсихічні конфлікти). У період кризи сила впливу чинників психосоматичних розладів зростає через загальне напруження.

Стрес – це реакція на реально існуючу або суб'єктивно оцінену загрозу, тому тілесно-фізіологічні зміни відображують емоційні

повторювані реакції. На сьогоднішній день вже існують дані, що дозволяють стверджувати: більшість хвороб, з якими звертаються (не отруйного характеру), мають психосоматичні характеристики, а в кризовий період війни їх кількість зростає.

Особливо це зачіпає педагогів, які реалізують професійні обов'язки та повноваження в умовах закритих офісних приміщень, а потім змушені допрацьовувати вдома.

Психосоматичні прояви – це певний результат негативного впливу специфічних особливостей емоційного реагування педагога на стресогенну ускладнену зовнішньою та внутрішньою кризою ситуацію.

Ускладнена криза містить в собі як правила тліючі та гострі нерозв'язані конфлікти, частина з яких стають причиною гострої або хронічної психологічної травми, що відбивається на порушенні функціонування систем та органів.

Порушення спостерігаються не тільки в соматичній та вегетативній сфері, а і в появі підвищеної втомлюваності та дратівливості, пониженні самооцінки, нездатності повноцінно відновлюватись через проблеми з мотивацією, волею, способом життя – так, при розумінні необхідності вибудувати здоровіші звички, педагоги продовжують порушувати режим праці й відпочинку, бадьорості і сну, порушують харчовий і питний режим тощо.

Однією з причин тенденції до все більшого і частого вигорання є брак або недостатність вмінь та навичок ефективного спілкування з собою, втрачена здатність чути і розуміти свої потреби та відгукуватись на них. Педагоги не можуть справлятися з наростаючими труднощами, бо рефлексія їх стихійна й ретроспективна, знання щодо подолання стресу поверхневі та радше теоретичні – вони не практикують навіть того, що знають через відсутність сформованих звичок і брак часу. Очевидно, що вміння здорової праці та дозвілля передбачають і тайм-менеджмент.

Деадаптація до кризових зовнішніх і внутрішніх умов стає наслідком культурно-соціальних стереотипів, в яких рівень домагань

постійно підвищується, бутафорні ідеали так званого «правильного життя» вип'ячуються та протиставляються всьому, що не відповідає картині «благополуччя». Так, тенденція до психосоматики у педагогів пояснюється їх нарцисичними схильностями, тобто їх «болючим» его, що жадає схвалення, правоти, безроздільної позитивної уваги до себе.

При великій строкатості та варіативності терапевтичних підходів потрібно враховувати індивідуальні психотипологічні та професійні особливості педагогів.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІВ У КРИЗОВИЙ ПЕРІОД

2.1 Характеристика організації та методів дослідження

Організація емпіричного дослідження

На початковому, констатувальному етапі експерименту, було проведено анкетування серед вибірки респондентів 60 осіб. За його результатами сформовано експериментальну групу педагогів гімназії № 3 м.Рівне, які виявили ознаки психосоматичних проявів.

Емпіричне дослідження проводилося в три основні етапи:

Підготовчий етап: Цей етап включав анкетування 60 осіб педагогічної професії. До них належали як діючі вчителі, так і ті, хто проходив курси підвищення кваліфікації з відривом від роботи, а також викладачі університету та студенти заочної форми навчання, майбутні педагоги й психологи. Анкетування проводилося дистанційно в електронній формі протягом жовтня-листопада 2024 року, в період тривалої зовнішньої кризи, пов'язаної з війною.

Експериментально-діагностичний етап: Серед респондентів була відібрана категорія, найбільш вразлива до психосоматичних проявів, з метою з'ясування внутрішніх умов та особливостей такої схильності. Ця вибірка складалася з 30 шкільних педагогів, які працювали за основним місцем роботи, віком від 32 до 50 років. Для уточнюючої діагностики ми використовували три методики, які будуть детально описані далі.

Формуючий етап: На цьому етапі експерименту була застосована корекційно-профілактична програма.

Констатуючий етап: Ефективність корекційно-профілактичної програми перевірялася за допомогою тих самих трьох діагностичних методик, що використовувались на другому етапі.

Важливо зазначити, що основні етапи дослідження (2-й, 3-й, 4-й)

проводилися в гібридній формі, поєднуючи очні та дистанційні формати роботи.

Для проведення дослідження було обрано двоетапний підхід: підготовче відбіркове анкетування та подальша діагностика за допомогою трьох ключових методик. Респондентам були надані бланки та чіткі інструкції для виконання кожного діагностичного завдання. Після завершення тестування, зібрана інформація була ретельно оброблена та представлена у вигляді таблиць і графіків для подальшого аналізу.

Для даного дослідження ми обрали наступні методики:

1) Адаптована для онлайн-опитування анкета «Опитувальник стану здоров'я».

2) Опитувальник «Визначення нервово-психічної напруги» (Т.А. Немчин).

3) Методика «Синдром «вигорання» (К.Маслач, С.Джексон).

4) Методика емоційної спрямованості (Б. Додонов).

Усі ці методики є класичними та досі широко використовуються у вітчизняній психології. Вони були розроблені групою вчених, зокрема українських, ще в радянський період. Їхнє подальше використання українськими вченими в роки незалежності підтвердило право застосовувати спільні наукові розробки, створені до офіційного проголошення української незалежності. З огляду на це, ми вважаємо прийнятним використання даних методик, тим паче, що новітніх адаптацій їхніх українських варіантів наразі немає.

Анкета «Опитувальник стану здоров'я»

На основі методологічних положень вивчення професійного стресу як психічного явища в системі «людина-людина» в період війни, ця анкета була запропонована для саморефлексії проявів психосоматичної схильності, що виникає внаслідок тривалого надмірного нервово-психічного напруження, та для оцінки загального стану здоров'я. В анкеті враховувались як якісні, так і кількісні показники, які вимірювали такі чинники:

- 1) Психофізіологічний рівень.
- 2) Психологічно-поведінковий рівень.
- 3) Кількісний рівень вираженості професійного стресу та способи його подолання (за зразком шкали Дембо-Рубінштейн).
- 4) Професійні ситуації, що часто є умовами виникнення стресу в професійній діяльності типу «людина-людина».
- 5) Якісний рівень вираженості проявів стресу в професійній діяльності: емоційних переживань, органічних відчуттів, змін у поведінці та діяльності, а також тривалість цих проявів.
- 6) Загальний стан здоров'я та характер психосоматичних симптомів.
- 7) Особливості вибору шляхів подолання професійного та емоційного стресу, виходу з нього.

Використання методів самооцінки та самоаналізу обґрунтовано валідністю методичного інструментарію, природними умовами проведення дослідження та специфікою професії типу «людина-людина» як комунікативної сфери.

Саморефлексія, актуалізована анкетуванням, слугує важливим імпульсом для мотивації покращення ситуації та підвищення особистої відповідальності респондентів за відновлення й покращення своїх ресурсів у кризовий період.

Опитувальник «Визначення нервово-психічної напруги» (Т.А. Немчін) використовується для виявлення ознак нервово-психічного напруження, що виникає та загострюється в т.ч. у зв'язку із кризою. Складений список ознак нервового напруження був створений за даними тривалих клініко-психологічних спостережень, проведених на великій кількості досліджуваних, що перебували в умовах екстремальної ситуації або кризи. Список розділених на три ступені виразності: слабка, помірна, надмірна.

Під нервово-психічною напругою розуміється психічний стан, обумовлений передбаченням несприятливого для суб'єкта розвитку подій, яке супроводжується відчуттям загального дискомфорту, тривоги, страху.

В результаті проведеного опитувальника ми виміряли сумарний рівень нервово-психічної напруги за критеріями: - 30-50 балів - слабка нервово-психічна напруга; - 51-70 балів - помірна нервово-психічна напруга; - 71-90 балів - надмірна нервово-психічна напруга. Небезпечною схильністю до розвитку психосоматики може бути 2-га група, а індикатором, що точно є психосоматичні прояви – 3-а група.

Методика «Синдром «вигорання» (К. Маслач і С. Джексон), адаптована українська версія . Методика призначена аналізувати почуття і переживання персоналу «сервісних» професій: менеджерів, працівників офісу, вчителів, викладачів, медперсоналу, психологів, агентів. Нею визначається рівень вираженості трьох підшкал: деперсоналізація, емоційне виснаження та редукція особистісних досягнень.

Результати за даними підсумками дозволили якісно доповнити інформацію про прояви професійного стресу в період кризи, отримані за запропонованою дослідницької анкети для виявлення рівня проявів професійного стресу з метою пошуку його причин.

Саморефлексія при виконанні даного діагностуючого завдання слугує терапевтичним цілям вже на цьому етапі і сприяє більш мотивованій участі у формулюючому експерименті.

Методика переважаючих емоційних переживань Б. Додонова.

З ціллю проаналізувати особливості емоційних переживань особистості, як можливої причини тривалого стресу в умовах зовнішньої кризи, ми використали методику В.І.Додонова «Яким переживанням я надаю перевагу». Переважання окремих емоційних переживань характеризує особистість, визначає її емоційну спрямованість.

Емоції не тільки виконують оціночну функцію, але і виступають у якості позитивних самостійних цінностей. Тут застосована розроблена класифікація емоцій, які в свідомості людини представлені в якості цінних переживань. Це альтруїстичні, комунікативні, глоричні, праксичні, пунічні, романтичні, гностичні, естетичні та акізитивні емоції.

1. *Альтруїстичні емоції*. Виникають на основі потреби у сприянні допомозі іншим людям: бажання приносити людям щастя і радість, хвилювання за долю кого-небудь і т.п.

2. *Комунікативні емоції* – виникають на основі потреби у спілкуванні. Це почуття симпатії, прихильності і т.п.

3. *Глоричні емоції* (від лат. “Gloria”, тобто «слава»), пов'язані з потребою самоствердження і слави: почуття гордості, переваги.

4. *Праксичні емоції* – це емоції, що викликаються діяльністю, її змінами, успішністю чи неуспішністю, труднощами здійснення: захопленість від роботи, приємна втома, приємне задоволення від того, що справу зроблено.

5. *Пунічні емоції* (від лат. «боротьба»), визначаються потребою у безпеці, інтересом до боротьби, почуттям спортивного азарту, спортивної злості.

6. *Романтичні емоції* – це прагнення до всього незвичайного, таємничого: почуття містичного, почуття особливої значущості того, що відбувається.

7. *Гностичні емоції* (від грецьк. «знання»), пов'язані з потребою в пізнавальній гармонії: бажання проникнути в сутність явищ, подив при зіткненні з проблемою, радість відкриття істини.

8. *Естетичні емоції* пов'язані з ліричними переживаннями краси: відчуття гармонії і приємності, привабливості об'єкта чи явища, поетизоване споглядальне переживання.

9. *Гедоністичні емоції* пов'язані із задоволенням потреби в тілесному задоволенні: насолода приємними фізичними відчуттями – від тілесних втіх еротично-сексуального характеру, від напруження і розслаблення тіла, від смачної їжі, тепла, сонця; від безтурботності.

10. *Акзитивні емоції* (від франц. «придбання, надбання») породжуються інтересом до грошей, тяжінням до накопичення, колекціонування, володіння; радість при збільшенні своїх статків.

Методика передбачає ранжування переважаючих емоційних переживань

і, як і всі попередні згадані, розрахована на рефлексивне пробудження та запуск або підсилення мотивації свідомого використання й спрямування власних та зовнішніх ресурсів на благо здоров'я й своїх внесків у суспільство, що переживає кризу. Ця методика вказує на потенціал ресурсних та відновлюючих стратегій діяльності з орієнтуванням на вже наявні емоційно-поведінкові пріоритети та на розширення репертуарного діапазону щодо них.

2.2 Результати діагностичного дослідження

Таблиця 2.1

Специфіка психосоматичних симптомів у досліджуваній групі за анкетуванням на підготовчому етапі

Симптом (в якості реакції на сильні емоційні навантаження, стрес)	Наявність симптому у досліджуваній Групі	
	Інші респонденти	Працюючі шкільні вчителі
Погане загальне самопочуття	45%	81%
Втрата або набір ваги	13%	52%
Підвищення температури, підвищення артеріального тиску	8%	34%
Фізичні відчуття, які незрозумілі Лікарям	12%	38%
Озноб, здригання, холодний піт	24%	41%
Порушення ритму, частоти та глибини дихання	9%	67%
Почастішання серцебиття	7%	76%
Порушення травлення (нудота, біль в животі, проблеми з кишківником)	15%	33%
Тривале відчуття кому у горлі	16%	30%
Млявість, слабкість, знижена працездатність, головний біль	50%	63%

Найпоширенішими симптомами серед респондентів у досліджуваній групі виявились: погане загальне самопочуття (45%), млявість, слабкість, знижена працездатність, головний біль (50%). А серед працюючих вчителів розповсюдженими є симптоми: погане загальне самопочуття (81%),

почастішане серцебиття (76%), порушення ритму, частоти та глибини дихання (67%), млявість, слабкість, знижена працездатність, головний біль (63%) та втрата або набір ваги (52%).

Аналіз результатів показав, що 100% досліджуваних переживали пролонгований кризовий стан через ситуацію війни в Україні. На фоні цього у професійній діяльності педагогів переважаючими ситуаціями виникнення емоційного стресу були:

- спілкування з керівництвом (45%);
- складність професійних завдань (25%);
- оцінювання діяльності (15%)
- конфлікти з учнями та батьками (10%).
- проблеми всередині колективу (5%)

Для наочності результати опитування подано в діаграмі (рис. 2.1).

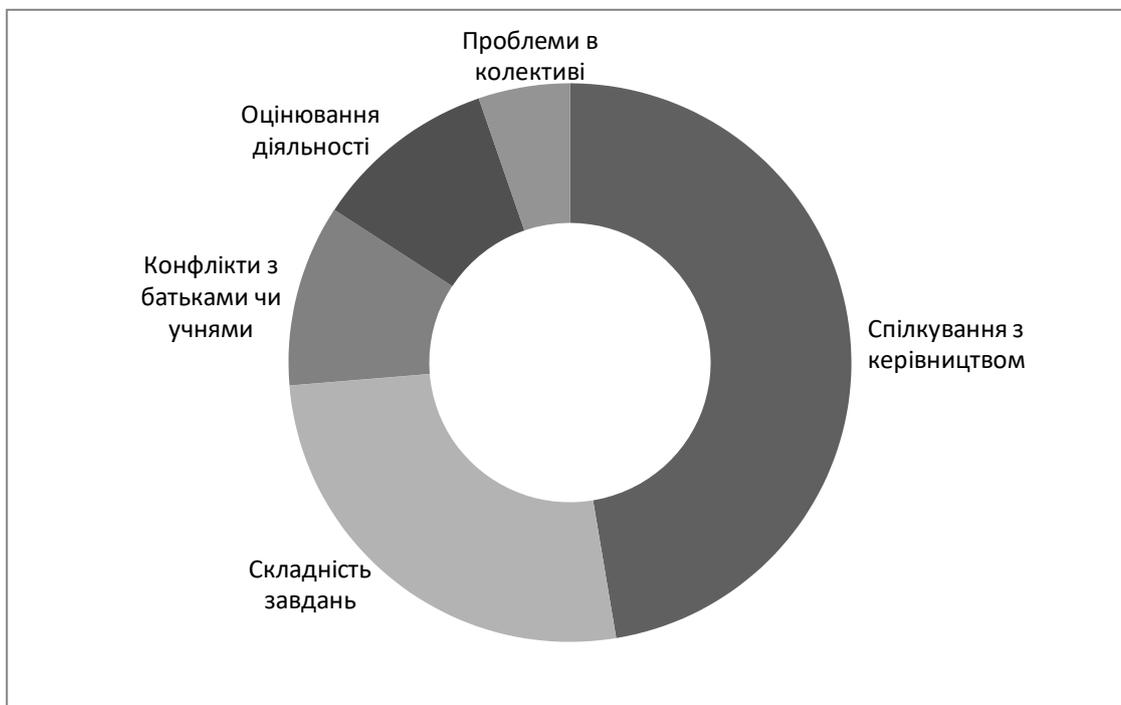


Рис. 2.1. Переважаючі ситуації виникнення емоційного стресу у педагогічній діяльності на фоні пролонгованої кризи війни в Україні

Виникнення стресу, відрізняється появою емоційних переживань:

гніву, страху, образи. Тобто, яскравими ознаками у 75% досліджуваних в стані стресу в процесі професійної діяльності виступали саме емоційні переживання. Щодо особливостей реагування, то відмічались такі прояви: головний біль, підвищення температури; почервоніння обличчя; зміни в тілесних відчуттях.

Також опитувані відмічали зміни ставлення до виконуваної роботи від образи та гніву до бажання досягти результату, подолати проблеми, пов'язані з діяльністю.

На основному етапі дослідження за опитуванням нервово-психічної напруги маємо такі результати (див. табл.2.2):

Таблиця 2.2

Результати дослідження нервово-психічної напруги

Порядковий номер досліджуваного:	Ступінь вираженості нервово-психічної Напруги
1.	Слабка
2.	Помірна
3.	Надмірна
4.	Надмірна
5.	Надмірна
6.	Помірна
7.	Надмірна
8.	Надмірна
9.	Надмірна
10.	Надмірна
11.	Надмірна
12.	Помірна
13.	Слабка
14.	Помірна
15.	Надмірна
16.	Надмірна
17.	Надмірна
18.	Помірна
19.	Слабка
20.	Помірна
21.	Надмірна
22.	Надмірна

23.	Слабка
24.	Помірна
25.	Надмірна
26.	Надмірна
27.	Слабка
28.	Помірна
29.	Надмірна
30.	Надмірна

Як свідчать результати, подані в таблиці 17 осіб (57%) досліджуваних мають надмірний ступінь нервово-психічної напруги, 5 осіб (17%) слабку та 8 осіб (26%) помірну. Можна помітити, що більшість досліджуваних, які мають психосоматичні скарги мають надмірний ступінь нервово-психічної напруги.

Спираючись на перший розділ нашого дослідження можемо стверджувати, що стрес є основною причиною виникнення психосоматичних розладів.

Через це ми вирішили співставити рівень професійного та емоційного стресу з емоційними характеристиками особистості і це дало нам можливість розділити спеціалістів на дві групи (табл.2.3):

Таблиця 2.3

Співвідношення середніх значень професійного та емоційного стресів за методикою «Синдром вигорання» (Маслач, Джексон)

Рівні	Емоційний стрес	Професійний стрес	Переважаючі емоційні Переживання
Низький	8%	47%	Комунікативні, Альтруїстичні
Середній та високий	19%	80%	Комунікативні, альтруїстичні, праксичні

Як бачимо, для групи з високим та середнім рівнем емоційного стресу вираженість професійного стресу була вищою ніж для групи з низьким рівнем емоційного стресу. Тобто спостерігалась певна тенденція, чим вищий рівень емоційного стресу, тим вище рівень стресу в професійній діяльності.

Переважаючими емоційними переживаннями незалежно від рівня емоційного стресу були комунікативні та альтруїстичні, пов'язано з індивідуальними особливостями педагогічних працівників, проте для групи з вищим рівнем професійного стресу виділились ще й практичні переживання, пов'язані з виконанням складних професійних завдань.

У більшості спеціалістів стрес визначається появою емоційних переживань (гніву, образи); потім з'являються зміни у організмі (наприклад, головний біль та температура) і мало хто із працівників відчувають зміни у діяльності (працездатність зменшується чи, навпаки, діяльність стає більш інтенсивною). Найвиразніше співвідношення цих показників представлено у групі респондентів із високим рівнем професійного стресу. Прояви показників професійного стресу в залежності від рівня його вираженості відображені в таблиці 2.4:

Таблиця 2.4

Прояви професійного стресу в залежності від рівня вираженості емоційних переживань, змін в організмі

Рівень професійного Стресу	Показники		
	Емоційні переживання	Психосоматичні зміни в організмі	Зміни в Діяльності
Низький та Середній	35%	26%	19%
Високий	55%	28%	17%

Отже, як свідчать дані таблиці 2.4, професійний стрес виявляється через емоційні реакції, психосоматичні прояви та зміни у виконанні діяльності. При значному рівні професійного стресу, 55% опитаних відчувають емоційні переживання, 28% — психосоматичні зміни, а 17% респондентів спостерігають зміни у своїй діяльності.

Натомість, для низького та помірною рівнів пропорції змінюються: психосоматичні та діяльнісні прояви залишаються майже на тому ж рівні, тоді як емоційні переживання виражені приблизно на 20% менше.

У міру наростання емоційного напруження, психосоматичні

симптоми з'являються згодом, що вказує на накопичувальний ефект. Відповідно, зміни в діяльності виникають тоді, коли вже існують психосоматичні ознаки, що може свідчити про професійне вигорання.

Залежність домінуючих емоційних переживань від рівня професійного стресу детально представлена в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Переважаючі емоційні переживання в залежності від рівня професійного стресу за методикою Додонова

Рівень проф. стресу	Емоційні переживання					
	Кому ні катив ні	Гностичні	Самоствердження	Праксичні	Альтруїстичні	Естетичні
Високий рівень	40 %	38%	32%	24%	14%	12%
Низький та середній	38 %	52%	25%	26%	17%	18%

Як показують дані таблиці, у педагогів комунікативні переживання є домінуючими. Зокрема, у групі з високим рівнем професійного стресу вони посідають перше місце (40%), майже зрівнявшись із гностичними переживаннями (38%). Натомість, у групі з середнім та низьким рівнем емоційного стресу комунікативні переживання опускаються на другу позицію (38%), тоді як гностичні виходять на перше місце (52%).

Переживання, пов'язані з самоствердженням як цінністю, можуть слугувати ще одним чинником виникнення досить значного рівня професійного стресу у представників комунікативних професій.

Ці результати підкреслюють специфіку переважаючих емоційних переживань: для фахівців комунікативного типу це комунікативні переживання та переживання самоствердження. Незалежно від рівня стресу, спеціалісти надають перевагу комунікативним та гностичним переживанням, проте при високому рівні стресу зростає кількість респондентів, у яких переважають переживання самоствердження.

Цінність комунікативних, гностичних переживань та переживань самоствердження серед представників професій типу «людина-людина» корелює також із вищими межами виявлення емоційного виснаження, що підтверджується співставленням з іншими результатами.

Це узгоджується з дослідженнями професійного вигорання, зокрема з працями К. Маслач, що стосуються невідповідності між особистістю та роботою. Вона виділяє 54 сфери такої невідповідності, серед яких: ресурси, винагорода, контроль, позитивна взаємодія, етичні уявлення, справедливість на роботі та самоцінність працівника.

Відсутність таких цінних для працівників переживань, як вдячність, взаєморозуміння, симпатія, підтримка та гордість за власні досягнення, корелює з імовірністю виникнення значного рівня професійного стресу, зокрема його прояву — професійного вигорання.

Синдром вигорання, як зазначається в сучасній психологічній науці, у найзагальнішому вигляді визначається як неадаптивна реакція на професійний стрес. Досить високий рівень професійного стресу виявляється у надмірній роздратованості та образливості. Приблизно 60% професіоналів відзначали саме такі негативні переживання серед показників стресового стану.

Таким чином, проведений аналіз переважаючих емоційних переживань як детермінантів професійного стресу у представників професій типу «людина-людина» засвідчив наступне.

Переважання комунікативних, гностичних переживань, переживань самоствердження та праксичних у цих фахівців, що відповідає особливостям їхньої професійної діяльності.

Домінування комунікативних переживань та переживань самоствердження у досліджуваній групі з високим рівнем професійного стресу.

Можливу тенденцію до специфіки переважаючих емоційних переживань, а саме комунікативних та самоствердження, у працівників комунікативних професій, як опосередкованих показників імовірності виникнення

професійного стресу високого рівня.

Як бачимо, психічне вигорання у фахівців професій типу «людина-людина» найчіткіше проявляється через емоційне виснаження. Важливо зазначити, що чим нижчий показник за шкалою редукції власних досягнень, тим вищий рівень вигорання. Ця редукція обумовлена втратою значення власних досягнень у професійній діяльності.

Найбільш вираженим симптомом є «редукція професійних обов'язків». Цей симптом спостерігається у 25% педагогів з високим рівнем професійного та емоційного стресу. Це вказує на те, що ці педагоги намагаються спростити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних витрат.

Прояви вигорання будуть перераховані далі.

Одним із прикладів такого спрощення є недостатній елементарний вплив на учнів та колег. У фазі «виснаження» домінуючим є симптом «особистісної відстороненості». Він сформувався у 22% педагогів виключно з групи з високим рівнем професійного стресу. Однак цей симптом зустрічається майже у такій самій кількості педагогів – 20%. Він проявляється у процесі спілкування як часткова втрата інтересу до суб'єкта професійної діяльності.

Роль взаємин та наслідки представлені у наступній тезі.

За даними психологічних досліджень, важливу роль у професійному вигоранні відіграють напружені або емоційно ускладнені взаємини у системі «людина-людина». Вигорання проявляється найяскравіше саме тоді, коли спілкування обтяжене когнітивною складністю або емоційною насиченістю. Після такого спілкування з'являється емоційне напруження. Чим довше людина накопичує внутрішнє напруження, тим яскравіше проявляються емоційне виснаження та вигорання.

Отже, якщо емоційне виснаження, що визначається як основна складова «професійного вигорання», виявляється у зниженому емоційному фоні або емоційному перенасиченні, то редукція особистих досягнень повинна проявлятися або у тенденції до негативної самооцінки власних

успіхів у професійній діяльності, або в обмеженні своїх можливостей, редукуванні своєї гідності. Слід зіставити визначену тенденцію з рівнем професійного стресу.

Межі вираженості та середнє значення показників вигорання у груп з різним рівнем професійного стресу представлено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

**Межі вираженості та середнє значення показників вигорання
у груп з різним рівнем професійного стресу**

Рівень професійного Стресу	Показники в балах					
	Емоційне Виснаження		Деперсоналізація		Редукція	
	Межі	Середнє значення	Межі	Середнє значення	Межі	Середнє значення
Низький та Середній	6-39	19	0-20	10	24-43	34
Високий	5-46	22	0-20	13	12-46	36

Очевидно, що за умов високого рівня професійного стресу спостерігається і значно вищий гранично-максимальний бал емоційного виснаження, який сягає 22 балів. Подібна тенденція простежується і при аналізі середніх значень в обох групах. Варто зазначити, що прояв редукції власних досягнень залишається майже однаковим у групах з різним рівнем професійного стресу. Те саме можна стверджувати і щодо показника деперсоналізації у групах з різним рівнем професійного стресу. Іншими словами, самооцінка у сфері професійних досягнень практично не змінюється незалежно від рівня стресу.

Деперсоналізація: прояви та взаємозв'язок зі стресом.

Значну інформативність має вираженість показника деперсоналізації, який проявляється у деформації стосунків з іншими людьми. Це може бути підвищення залежності від інших, зростання цинічності установок, посилення негативізму та почуттів щодо осіб, з якими здійснюється професійна співпраця. Рамки чисельної вираженості цього показника є

майже ідентичними для груп як з високим, так і з середнім рівнем професійного стресу. Однак за середніми значеннями визначений показник вищий у групі осіб з високим рівнем професійного стресу. Це свідчить про те, що хоча деперсоналізація присутня в обох групах, її інтенсивність все ж зростає зі збільшенням рівня стресу.

Індивідуальні характеристики та професійний стрес.

Серед індивідуально-особистісних детермінант професійного стресу значна увага приділяється індивідуальним характеристикам, оскільки вони суттєво впливають на стресові реакції. У досліджуваній групі, особливо у фахівців професій типу «людина-людина», екстраверсія була вищою, що пов'язано з їхньою схильністю до таких видів діяльності, які передбачають інтенсивну взаємодію.

У групі з низьким і середнім рівнем професійного стресу найвищі бали були за показниками відповідальності та добросовісності. Схильність до відповідальності вказує на міру свідомого контролю за власними діями та самовладання, яке і знаходить свій вияв у низькому рівні професійного стресу у професіях типу «людина-людина». Дане припущення діє на рівні тенденції, бо за середніми значеннями ці показники не різняться у групах із різним рівнем професійного стресу. Це означає, що хоча відповідальність та добросовісність можуть бути пов'язані з нижчим рівнем стресу, вони не є єдиними чинниками і потребують подальшого дослідження у контексті їхнього впливу на розвиток професійного стресу.

Отримані результати відповідають наявним даним психологічних досліджень. Так, в дослідженнях Р. Лазаруса, С. Фолктана [45] виділено дві основні стратегії подолання стресогенної ситуації:

- проблемно-орієнтоване подолання;
- емоційно-орієнтоване подолання.

Підкреслюється, що перша стратегія частіше використовується при вирішенні проблем, пов'язаних з роботою, а друга – із здоров'ям. Перша стратегія більш характерна для чоловіків, ніж для жінок. У використанні другої стратегії немає статевих відмінностей. Це буде враховано при

складанні корекційної програми.

Таблиця 2.7

Зведена порівняльна таблиця проявів професійного стресу педагогів в залежності від вираженості емоційного рівня та ступеню вигорання

Високий рівень стресу		Низький та середній рівень стресу	
Прояви	Вираженість (в балах та відсотках)	Прояви	Вираженість (в балах та відсотках)
Професійне вигорання: -емоційне	20,39	Професійне вигорання: -емоційне	16,83
Виснаження		Виснаження	
-деперсоналізація	10,0	-деперсоналізація	8,20
-редукція власних Досягнень	33,2	-редукція власних Досягнень	32,7
Тривалість проявів:		Тривалість проявів:	
-хвилини	17%	Хвилини	22%
-години	57%	Години	59%
-дні	26%	Дні	19%
Показники Стресового стану:		Показники Стресового стану:	
-негативні емоційні Переживання	39%	-негативні емоційні Переживання	21%
-зміни в організмі	17%	-зміни в організмі	10%
-зміни в діяльності	12%	-зміни в діяльності	8%

* відмінності достовірні за t-критерієм Стьюдента на 5% рівні значимості.

У педагогів, які відчувають низький або середній рівень професійного стресу, спостерігається менш виражена деперсоналізація у контексті професійного виснаження. Серед ситуаційних детермінант для цієї групи, при домінуванні ситуації спілкування, найбільш чітко виділяється ситуація оцінювання досягнень.

Ми пов'язуємо це з нижчою вираженістю деперсоналізації, що є показником професійного вигорання. Це, своєю чергою, свідчить про те, що у педагогів збережене гуманне ставлення до соціальних послуг, які вони

надають. Вони активно переживають процес оцінювання як чужих, так і власних успіхів.

Для цієї групи фахівців серед переважаючих емоційних переживань менш виражені ціннісні переживання, такі як комунікативні переживання та переживання самоствердження, порівняно з групою з високим рівнем професійного стресу.

Крім того, у педагогів з меншою вираженістю деперсоналізації переважають гностичні переживання, і у них же спостерігається менше психосоматичних проявів. Це вказує на більш стабільний емоційний стан та краще самопочуття у цій когорті..

Висновки до другого розділу

Серед працюючих вчителів, згідно авторської анкети, розповсюдженими є симптоми: погане загальне самопочуття (81%), почастішане серцебиття (76%), порушення ритму, частоти та глибини дихання (67%), млявість, слабкість, знижена працездатність, головний біль (63%) та втрата або набір ваги (52%). 100% досліджуваних переживали пролонгований кризовий стан через ситуацію війни в Україні.

У професійній діяльності педагогів переважаючими ситуаціями емоційного стресу найсуттєвішими були: спілкування з керівництвом (45%) та складність професійних завдань (25%). Також причиною стресів була необхідність бути оціненими (страх перевірок, сором). Отже, навчання антистресовому спілкуванню було б актуальним для вміння коректно сприймати ситуації невертикальних стосунків.

Результати дослідження нервово-психічної напруги за методикою Немчина показали наступне: 17 осіб (57%) досліджуваних мають надмірний ступінь нервово-психічної напруги, 5 осіб (17%) слабку та 8 осіб (26%) помірну. Більшість досліджуваних, які мають психосоматичні скарги мають надмірний ступінь нервово-психічної напруги. У педагогів їх фізичне та ментальне здоров'я погіршується від застарілих методів стимулювання роботи – адміністративно-оцінюючих умов праці.

Співвідношення середніх значень професійного та емоційного стресів за методикою «Синдром вигорання» (К. Маслач і С. Джексон) показало, що для групи з високим та середнім рівнем емоційного стресу вираженість професійного стресу була вищою ніж для групи з низьким рівнем емоційного стресу.

Переважаючими емоційними переживаннями незалежно від рівня емоційного стресу були комунікативні та альтруїстичні, що пов'язано з індивідуальними особливостями педагогічних працівників, проте для групи з вищим рівнем професійного стресу виділились ще й праксичні переживання, пов'язані з виконанням складних професійних завдань.

Прояви професійного стресу в залежності від рівня його вираженості дозволяє стверджувати: професійний стрес для педагогічних працівників найбільш виразно визначається виникненням негативних емоційних переживань, які стають наслідком не професії, а застарілих підходів до неї як з боку педагогів, так і з боку адміністрації. При підвищенні емоційної напруги психосоматика проявляється пізніше – спрацьовує накопичувальний ефект. Відповідно зміни в діяльності виникають, коли вже є психосоматичні прояви, що вказує на вигорання.

Визначення переважаючих емоційних переживань в залежності від рівня професійного стресу показало, що у педагогів комунікативні переживання переважають при високому рівні професійного стресу. При середньому та низькому рівні стресу переважають гностичні переживання – бажання пізнавати, розширювати кругозір.

При високому рівні професійного стресу емоційна виснаженість виражена в середньому у 22 балах, деперсоналізація в 13 балах. Це середні показники меж. Редукція, тобто погіршення діяльності виражена вище, ніж середній показник. Це вказує на те, що навіть середній рівень емоційного виснаження педагогів викликає погіршення професійної функціональної здатності. А деперсоналізація, яка вказує на відчуження від власного образу, вірогідно, спонукає до відчуження від професійної вмотивованої діяльності та від чутливості до власного тіла, що у разі алекситимічних стійких проявів

є ознакою та причиною прогресування психосоматичних розладів.

Таким чином, психосоматичні порушення педагогів є індикаторами серйозних проблем в емоційній сфері, які викликані страхами та незадоволеністю умовами праці: комунікацією з керівниками, надмірною кількістю завдань та необхідністю систематично бути оцінюваними. Ці умови порушують не лише здоров'я педагогів, а негативно впливають на якість їх професійної діяльності. Втрата образу Я, який би подобався, викликає одночасно занепад тілесної відгукуваності, що ускладнює діагностування та лікування психосоматичних розладів.

Отже, корекційно-профілактична програма має спрямовуватись на формування емоційної гнучкості, стресостійкості та на розвиток ефективних комунікативних стратегій. Страх, підвищена тривожність, вигорання стають постійними супутниками війни.

Тому, загальноукріплюючі нервову систему заходи ментального та фізичного оздоровлення були б доречними при складанні корекційно-профілактичної програми.

РОЗДІЛ 3

КОРЕКЦІЙНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ПРОГРАМА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1 Програма психологічної корекції психосоматичних розладів педагогів

Нами була розроблена і впроваджена корекційно-профілактична програма для педагогів, у яких є психосоматичні симптоми. Програма спрямована на роботу з викладачами, які мають високі показники професійного та емоційного стресу та психологічної напруги, мають різноманітні психосоматичні симптоми.

Корекційно-профілактична програма роботи психолога з педагогами: «Емоційний щит: зміцнення стійкості в кризових умовах»

Мета програми: Зниження ризиків психосоматичних порушень у педагогів, пов'язаних з емоційним виснаженням, професійним стресом, комунікаційними труднощами, надмірним робочим навантаженням та страхом перевірок, шляхом формування навичок саморегуляції, ефективної комунікації, стрес-менеджменту та підвищення психологічної стійкості в умовах війни.

Етапи програми:

Діагностичний етап: Первинна оцінка психоемоційного стану педагогів, виявлення індивідуальних та групових потреб. (Заняття 1)

Навчально-інформаційний етап: Надання знань про психосоматичні порушення, механізми стресу, емоційне вигорання та шляхи їх попередження. (Заняття 2-3)

Формувальний етап: Розвиток навичок саморегуляції, стрес-менеджменту, ефективної комунікації, вирішення конфліктів та відновлення ресурсів. (Заняття 4-8)

Закріплюючий етап: Інтеграція отриманих знань та навичок у повсякденну професійну діяльність, формування стратегій довготривалої

підтримки психологічного благополуччя. (Заняття 9-10)

Структура кожного заняття:

Привітання та перевірка емоційного стану (5-10 хв)

Теоретична частина (15-20 хв)

Практична частина (вправи, техніки групової роботи) (45-60 хв)

Домашнє завдання та рефлексія (10-15 хв)

Опис занять:

Заняття 1: «Діагностика: моє самопочуття та професійні виклики»

Мета: Оцінити поточний психоемоційний стан учасників, виявити основні джерела стресу та потреби.

Теоретична частина: вступ до програми, обговорення важливості піклування про себе в умовах війни, поняття психосоматичних порушень.

Вправи/Техніки:

«Емоційний термометр»: кожен учасник на шкалі від 1 до 10 позначає свій поточний рівень емоційної напруги та коротко пояснює чому.

«Колесо життєвого балансу»: індивідуальна робота з визначенням задоволеності різними сферами життя (робота, стосунки, відпочинок, здоров'я тощо). Самодіагностика за шкальним оцінюванням від 0 до 10 балів.

Домашнє завдання: протягом тижня вести «щоденник емоцій», фіксуючи моменти емоційної напруги та те, що їх викликало.

Заняття 2: «Стрес та вигорання»

Мета: Надати знання про природу стресу, механізми вигорання та їх вплив на організм.

Теоретична частина. Види стресу (еустрес, дистрес), фази стресової реакції, симптоми емоційного вигорання, зв'язок стресу з психосоматичними порушеннями.

Вправи/Техніки:

«Мозковий штурм. Що викликає стрес у моїй роботі?»: Групове обговорення та запис на дошці основних стресорів, що пов'язані з професійною діяльністю в умовах війни (комунікація з керівництвом,

перевантаження, страх перевірок).

«Аналіз ситуацій». Учасники діляться конкретними стресовими ситуаціями зі своєї практики та обговорюють, як вони їх переживали.

Домашнє завдання. Звернути увагу на фізичні прояви стресу впродовж дня (напруга м'язів, прискорене серцебиття тощо) і спробувати їх усвідомити.

Заняття 3: «Моє тіло – це моя душа і розум; техніки релаксації»

Мета: Ознайомити з базовими техніками релаксації для зниження фізичної та емоційної напруги.

Теоретична частина. Взаємозв'язок тіла та психіки, принципи роботи технік релаксації.

Вправи/Техніки:

Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном: послідовне напруження та розслаблення різних груп м'язів.

Дихальні вправи. «Дихання за квадратом», діафрагмальне дихання для заспокоєння нервової системи.

Керована візуалізація. «Безпечне місце», «Потік енергії» для уявного відпочинку та відновлення.

Домашнє завдання. Щодня протягом 5-10 хвилин практикувати одну з вивчених технік релаксації.

Заняття 4: «Ефективна комунікація; як говорити, щоб тебе почули?»

Мета: розвиток навичок асертивної комунікації, що дозволить ефективно висловлювати свої потреби та почуття, знижуючи комунікаційний стрес.

Теоретична частина. Види комунікації (пасивна, агресивна, асертивна), принципи асертивності, «Я-повідомлення», активне слухання.

Вправи/Техніки:

Рольові ігри. Відпрацювання ситуацій комунікації з керівництвом, колегами, батьками, використовуючи «Я-повідомлення» (наприклад, про надмірне навантаження, необхідність додаткової підтримки).

«Асертивна відмова». Вчитися відмовляти, не відчуючи провини.

Вправа «Дзеркало». Практика активного слухання та відображення емоцій співрозмовника.

Домашнє завдання: Застосувати «Я-повідомлення» в одній з реальних комунікативних ситуацій протягом тижня.

Заняття 5: «Тайм-менеджмент та делегування: Керуємо часом, а не він нами»

Мета: Ознайомити з принципами тайм-менеджменту та можливостями делегування для зменшення відчуття перевантаженості.

Теоретична частина: Матриця Ейзенхауера (важливе/термінове), принципи планування, ідентифікація поглиначів часу, поняття делегування та його переваги.

Вправи/Техніки:

«Аналіз робочого дня». Учасники аналізують свій типовий робочий день, виявляючи моменти неефективності та потенційні зони для оптимізації.

«Пріоритизація завдань». Практична робота з розподілом завдань за матрицею Ейзенхауера на прикладі реальних робочих кейсів.

«Делегування – це не про слабкість». Обговорення можливих ситуацій делегування у педагогічній практиці (наприклад, розподіл обов'язків з колегами, залучення учнів до допомоги).

Домашнє завдання: Скласти план дій на наступний робочий тиждень, застосовуючи принципи пріоритизації та можливості делегування.

Заняття 6: «Робота з перфекціонізмом та страхом оцінок. Змінюємо внутрішнього критика»

Мета: Допомогти педагогам усвідомити вплив перфекціонізму та страху оцінок на їхній психоемоційний стан та навчити стратегіям їх подолання.

Теоретична частина. Поняття перфекціонізму (здоровий та невротичний), механізми виникнення страху перевірок та оцінок, когнітивні спотворення.

Вправи/Техніки:

«Мої внутрішні установки». Учасники виписують свої переконання щодо ідеальної роботи, оцінок, адміністративних перевірок. Обговорення, наскільки ці установки є реалістичними та корисними.

«Зміна перспективи». Вправа на переформулювання негативних думок про можливі перевірки чи оцінки в більш нейтральні або позитивні.

«Відпустити контроль». Розвиток толерантності до невизначеності та розуміння, що не все можна контролювати. Обговорення «достатньо добре» замість «ідеально».

Домашнє завдання. Протягом тижня звертати увагу на думки, які викликають страх або відчуття невідповідності, і намагатися їх переформулювати.

Заняття 7: «Ресурси та відновлення. Де черпати енергію?»

Мета: ідентифікувати особистісні ресурси та розробити індивідуальні стратегії відновлення енергії.

Теоретична частина. Види ресурсів (фізичні, емоційні, інтелектуальні, соціальні), важливість відпочинку та хобі, профілактика вигорання.

Вправи/Техніки:

«Карта моїх ресурсів». Кожен учасник малює/записує свої особисті ресурси (люди, місця, заняття, що приносять радість та відновлення).

«Банк задоволень». Груповий обмін ідеями щодо способів відпочинку та відновлення сил, що можуть бути реалізовані навіть в умовах війни.

«5 хвилин для себе». Обговорення можливості виділяти хоча б 5-10 хвилин на день для улюблених занять або просто для тиші.

Домашнє завдання. Запланувати та реалізувати одну діяльність зі свого «Банку задоволень» протягом тижня.

Заняття 8: «Взаємодопомога та самопідтримка»

Мета: розвиток навичок взаємодопомоги та самопідтримки, формування почуття спільноти.

Теоретична частина. Важливість соціальної підтримки, роль групи,

співчуття до себе, позитивне мислення.

Вправи/Техніки:

«Коло підтримки». Учасники по черзі діляться тим, що їм було найважче за останній час і отримують слова підтримки від групи.

«Компліменти собі». Вправа на розвиток самоспівчуття та визнання своїх досягнень.

«Дерево побажань». Кожен учасник пише на листку побажання для іншого члена групи, що стосуються їхнього психологічного благополуччя.

Домашнє завдання. Знайти можливість підтримати когось із колег або попросити підтримки, якщо це необхідно.

Заняття 9: «Рефлексія та інтеграція; шлях до стійкості»

Мета: узагальнення отриманих знань та навичок, планування подальшого розвитку.

Теоретична частина. Повторення ключових моментів програми, важливість безперервного саморозвитку та самопізнання.

Вправи/Техніки:

«Лист собі в майбутнє». Учасники пишуть собі листи, в яких відображають свої успіхи, плани та побажання щодо збереження психологічного благополуччя.

«Колесо змін». Повторне заповнення «Колеса життєвого балансу» та порівняння з початковими результатами, обговорення динаміки.

«Моя стратегія подолання стресу». Індивідуальна розробка конкретного плану дій для подальшого застосування отриманих навичок.

Домашнє завдання. Застосовувати розроблену «Стратегію подолання стресу» у повсякденній діяльності.

Заняття 10: «Сила в русі та резонансі. Підсумки та перспективи»

Мета: Закріплення групового досвіду, святкування досягнень, формування планів на майбутнє.

Теоретична частина. Підсумки програми, обмін враженнями, заохочення до продовження практики самопідтримки.

Вправи/Техніки:

«Галерея успіхів». Кожен учасник ділиться своїми особистими успіхами та змінами, які відбулися завдяки участі в програмі.

«Овації». Групові оплески та слова вдячності один одному за підтримку та спільний шлях.

«Спільне дерево стійкості». Створення символічного дерева, де кожен учасник додає свій «листок» з ключовим словом або фразою, що асоціюється зі стійкістю.

Зворотний зв'язок. Заповнення анонімної анкети щодо ефективності програми та побажань на майбутнє.

Домашнє завдання. Підтримувати зв'язок з групою (за бажанням), продовжувати практикувати набуті навички.

Ця програма є гнучкою і може бути адаптована до конкретних потреб групи педагогів, враховуючи їхній психоемоційний стан та специфіку роботи в умовах війни. Важливо забезпечити атмосферу довіри, підтримки та безпеки на кожному занятті.

3.2 Аналіз результатів формуючого експерименту

Після корекційної програми, яку ми застосували на експериментальній групі, ми знову повторили діагностику та проаналізували результати. Далі порівняли дані до експерименту і після нього.

Ми можемо побачити (табл. 3.1) як змінилися середні значення професійного та емоційного стресів у співставленні з емоційними характеристиками особистості.

Таблиця 3.1

Співвідношення середніх значень професійного та емоційного стресів після корекції

Рівні	Емоційний стрес	Професійний стрес	Переважаючі емоційні Переживання
-------	-----------------	-------------------	----------------------------------

Низький	6	42	Комунікативні, Альтруїстичні
Середній та високий	11	58	Комунікативні, альтруїстичні, практичні

Для наочності ми порівняли результати співвідношення середніх значень професійного та емоційного стресів до корекційно-профілактичної програми і після неї.

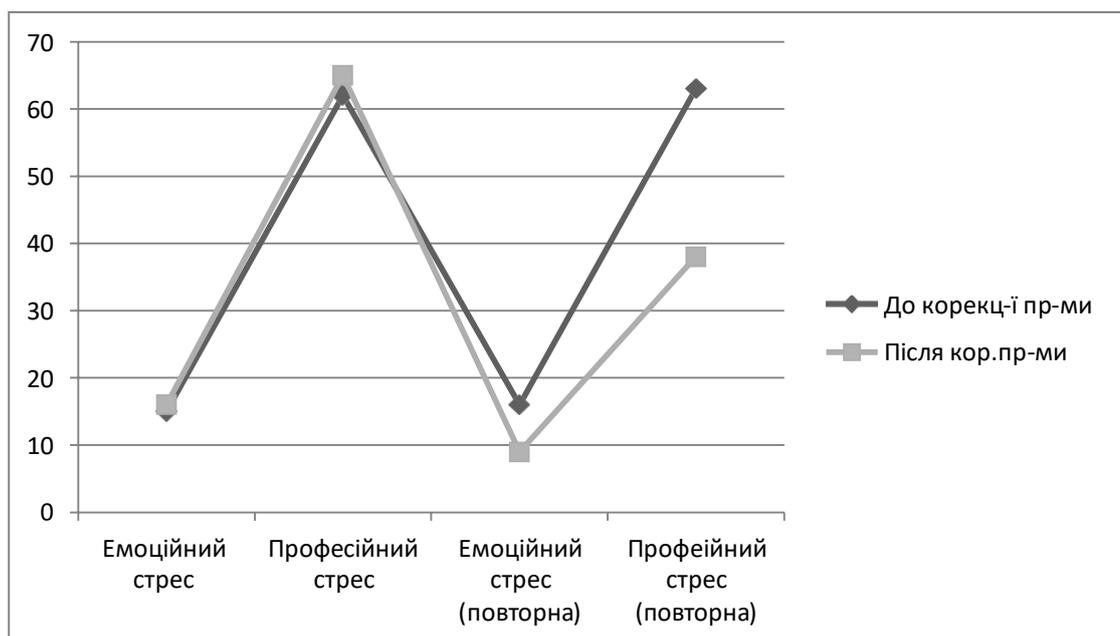


Рис. 3.1 Порівняння співвідношення середніх значень стресу до Програми і після неї.

Як свідчать дані таблиці 3.2, аналіз результатів формуючого експерименту за опитувальником нервово-психічної напруги Т. А. Немчіна чітко демонструє позитивні зміни в експериментальній групі після проведеної корекційної роботи.

Ми спостерігаємо зниження рівня професійного та емоційного стресів в цілому. Ці зміни вказують на ефективність застосованих методів та технік, спрямованих на зменшення психоемоційного навантаження.

Зокрема, у підгрупах з високим та середнім рівнями професійного стресу, де втручання було найбільш цілеспрямованим, рівень професійного

стресу зменшився на 28%. Це значне зниження свідчить про успішну роботу з основними чинниками, що викликають стрес у професійній діяльності.

Ще більш виразним є зменшення рівня емоційного стресу на 42%. Такий показник вказує на суттєве поліпшення емоційного стану учасників, що може бути пов'язано з розвитком навичок саморегуляції та підвищенням емоційної стійкості. Зниження емоційної напруги є критично важливим для запобігання професійному вигоранню та підтримки загального психічного здоров'я.

Ці результати підтверджують, що цілеспрямована корекційна робота здатна суттєво впливати на рівень стресу, що переживається фахівцями, особливо в професіях типу «людина-людина», де емоційні витрати є особливо високими.

Таблиця 3.2

Порівняння результатів дослідження нервово-психічної напруги

Ступені вираженості нервово психічної напруги	Порівняльні показники	
	До корекційної програми	Після корекційної програми
Низький рівень	18%	25%
Помірний рівень	27%	40%
Надмірний рівень	55%	35%

Після завершення корекційної програми спостерігається значне покращення стану нервово-психічної напруги серед досліджуваних педагогів. Зокрема, 40% учасників тепер демонструють помірний ступінь нервово-психічної напруги. Приємно відзначити, що у 25% педагогів зафіксовано слабкий ступінь напруги, що свідчить про суттєве зниження

їхнього психоемоційного навантаження. Водночас, 35% учасників все ще перебувають у стані надмірної напруги, що вказує на необхідність подальшої підтримки для цієї частини групи.

Отже, можна констатувати, що у 25% досліджуваних педагогів з експериментальної групи рівень нервово-психічної напруги після корекційної програми значно знизився. Це є важливим показником ефективності проведених заходів.

Таблиця 3.3

**Порівняння специфіки психосоматичних симптомів до
Програми та після неї**

Симптом	Наявність симптому	
	Експериментальна група	
	Первинна діагностика	Вторинна діагностика
Погане Самопочуття	68%	40%
Втрата або набір Ваги	40%	33%
Підвищення температури, тиску	18%	10%
Фізичні відчуття, які незрозумілі Лікарям	22%	8%
Озноб, здригання, холодний піт	39%	27%
Порушення Дихання	39%	38%
Почастішання Серцебиття	49%	25%
Порушення травлення	23%	20%
Тривале відчуття кому у горлі	30%	21%

Слабкість, знижена працездатність, головний біль	45%	24%
--	-----	-----

Повторне дослідження в експериментальній групі чітко засвідчило тенденцію до зменшення вираженості різних психосоматичних симптомів після впровадження корекційної програми. Це вказує на позитивний вплив проведених заходів на фізичне самопочуття учасників. Зокрема, спостерігаються значні позитивні зміни за такими показниками: «Погане самопочуття». Відсоток респондентів, які відчували цей симптом, суттєво знизився — з 68% до 40%. Це є виразним показником покращення загального стану здоров'я та комфорту.

Почастішання серцебиття: цей симптом також значно зменшився — з 49% до 25%. Зниження частоти серцебиття може свідчити про зменшення рівня тривожності та напруги.

Слабкість, знижена працездатність, головний біль: комбінований показник цих симптомів показав зменшення з 45% до 24%. Це відображає зростання рівня енергії, підвищення здатності до роботи та загального поліпшення фізичного стану.

Ці результати підкреслюють ефективність корекційної програми у зниженні не тільки психоемоційного, а й фізичного прояву стресу, що є вкрай важливим для підтримки здоров'я фахівців.

3.3 Рекомендації з профілактики психосоматичних розладів учасників освітнього простору в умовах війни

Психосоматичні розлади, що виникають на тлі тривалого стресу, є серйозним викликом для всіх учасників освітнього процесу в умовах війни. Щоб зменшити їхній ризик, потрібен комплексний підхід, який враховує особливості роботи та потреби як педагогів, так і адміністрації шкіл.

Рекомендації підтримки ментального здоров'я для педагогів

Ключова ідея: Турбота про себе – це не розкіш, а необхідність для ефективної та здорової професійної діяльності.

1. Приділяйте час саморегуляції та релаксації:

Щоденні міні-перерви. Виділяйте 5-10 хвилин кілька разів на день для дихальних вправ, короткої медитації або просто тиші. Це може бути час між уроками або під час перерви.

Фізична активність. Регулярні фізичні вправи (навіть короткі прогулянки, розтяжка або йога) допомагають зняти напругу та покращити настрій.

Якісний сон. Прагніть до 7-8 годин сну на добу. Створіть ритуали перед сном (тепла ванна, читання, відмова від гаджетів).

Улюблені заняття. Обов'язково виділяйте час на хобі, спілкування з близькими або будь-які інші заняття, що приносять вам задоволення та відчуття відновлення.

2. Розвивайте навички ефективної комунікації:

Використовуйте «Я-повідомлення». Замість звинувачень («Ви завжди...») формулюйте свої почуття та потреби («Я відчуваю розчарування, коли...»). Це допомагає уникнути конфліктів та бути почутими.

Вчіться відмовляти. Не бійтеся відмовляти в додаткових завданнях або проханнях, якщо вони перевищують ваші можливості. Аргументуйте свою відмову, але не виправдовуйтеся надмірно.

Шукайте конструктивні рішення. При виникненні проблем або непорозумінь з адміністрацією чи колегами, зосереджуйтеся на пошуку рішень, а не на звинуваченнях. Пропонуйте альтернативні варіанти.

3. Ефективно організуйте робочий час:

Пріоритизація завдань. Розподіляйте завдання за ступенем важливості та терміновості. Використовуйте списки справ та планувальники.

Реалістичне планування. Не перевантажуйте свій розклад. Залишайте

буферний час для непередбачених ситуацій.

Делегування (де можливо). Розгляньте можливість делегування деяких завдань (наприклад, учням, якщо це доречно, або колегам, якщо є домовленість).

4. Зміцнюйте психологічну стійкість:

Фокусуйтесь на тому, що ви можете контролювати. Зосередьтеся на своїх діях та рішеннях, а не на зовнішніх обставинах, які вам не підвладні.

Розвивайте гнучке мислення. Намагайтеся бачити в складних ситуаціях не лише проблеми, а й можливості для зростання.

Шукайте підтримки. Спілкуйтесь з колегами, друзями, родиною. Не соромтеся звертатися до психолога, якщо відчуваєте, що не справляєтесь самотійно. Групи підтримки також можуть бути дуже корисними.

Обмежуйте потік негативної інформації. Дозуйте новини, особливо ті, що викликають сильну тривогу.

Рекомендації для адміністрації шкіл щодо підтримки ментального здоров'я в освітньому просторі

Ключова ідея. Створення сприятливого, підтримуючого та безпечного робочого середовища – це запорука психологічного благополуччя педагогів та успішного функціонування освітнього закладу.

1. Створюйте атмосферу довіри та підтримки:

Відкрита комунікація. Забезпечте чітку, прозору та регулярну комунікацію. Чітко формулюйте очікування та надавайте своєчасний зворотний зв'язок.

Емпатія та розуміння. Проявляйте розуміння до емоційного стану педагогів, особливо в умовах війни. Пам'ятайте, що стрес впливає на кожного по-різному.

Підтримка ініціатив. Заохочуйте та підтримуйте ініціативи педагогів, що стосуються покращення освітнього процесу та власного професійного розвитку.

Регулярні зустрічі та обговорення. Проводьте регулярні зустрічі з

педагогами для обговорення проблем, пошуку спільних рішень та надання підтримки.

2. Оптимізуйте робоче навантаження:

Реалістичне планування. Уникайте надмірної кількості завдань та позаурочної роботи, враховуючи особливості роботи в умовах війни.

Чітке розмежування обов'язків. Забезпечте чітке розуміння обов'язків кожного педагога, щоб уникнути дублювання та невизначеності.

Можливості для делегування. Розгляньте можливості для делегування деяких адміністративних або організаційних завдань, щоб розвантажити педагогів.

Раціональний розподіл навчальних годин. Слідкуйте за раціональним розподілом навчальних годин та додаткових обов'язків, уникаючи нерівномірного навантаження.

3. Покращуйте якість комунікації та зворотного зв'язку:

Конструктивний зворотний зв'язок. Надавайте зворотний зв'язок у формі, що сприяє розвитку, а не викликає страх чи демотивацію. Фокусуйтеся на конкретних діях та пропонуйте шляхи покращення.

Уникайте надмірного контролю. Довіряйте професіоналізму своїх співробітників. Мікроменеджмент підвищує рівень стресу та знижує мотивацію.

Прозорість в ухваленні рішень. Пояснюйте логіку рішень, які впливають на роботу педагогів.

Створення каналів для висловлення думок. Забезпечте можливість для педагогів вільно висловлювати свої пропозиції, занепокоєння та скарги, знаючи, що їх почують та врахують.

4. Забезпечте психологічну підтримку:

Доступ до психолога. Забезпечте доступ до шкільного психолога або домовтесь про співпрацю з фахівцями, які можуть надавати психологічну допомогу педагогам.

Тренінги та майстер-класи. Організуйте тренінги з управління стресом, профілактики вигорання, розвитку емоційного інтелекту.

Групи підтримки. Сприяйте формуванню груп підтримки серед педагогів, де вони можуть ділитися досвідом та надавати взаємодопомогу.

Створіть «безпечний простір». Виділіть або облаштуйте в школі місце, де педагоги можуть відпочити, розслабитись та відновити сили.

5. Визнання та заохочення:

Визнавайте досягнення. Регулярно відзначайте успіхи та досягнення педагогів, як великі, так і малі.

Справедлива оцінка. Забезпечте справедливу та об'єктивну систему оцінювання роботи, яка не буде джерелом постійного стресу.

Заохочення та подяка. Висловлюйте подяку за виконану роботу, особливо в складних умовах. Це може бути як матеріальне, так і моральне заохочення.

Впровадження цих рекомендацій потребує спільних зусиль та усвідомлення важливості психологічного благополуччя для всіх учасників освітнього простору. Це інвестиція у здорове майбутнє української освіти.

Висновки до третього розділу

В експериментальній групі рівень професійного та емоційного стресів після корекційної роботи зменшився.

З результатів опитування за допомогою авторської анкети «Опитувальник стану здоров'я», прослідковано тенденцію зменшення психосоматичних симптомів при повторному дослідженні в експериментальній групі після профілактично-корекційної програми. Особливо помітним воно є за показниками: «погане самопочуття» (було 68% -- стало 40%), «прискорене серцебиття» (було 49% -- стало 25%), слабкість, знижена працездатність, головний біль (було 45% -- стало 24%).

Емпіричні дослідження дозволили розробити рекомендації щодо профілактики психосоматичних розладів окремо для педагогів та адміністрації, оскільки покращення ситуації можливе лише за системним підходом.

ВИСНОВКИ

1. Сучасна наука розглядає психосоматичні розлади як збоку психосоматичного процесу, певного психічного стану або зміни станів, що викликають фізіологічну реакцію організму, так і збоку соматопсихічного процесу, певного стану організму, що формує стереотипну психічну реакцію.

Психосоматичні розлади є вираженням пригнічених емоцій, конфліктів, особливо гніву, страху та провини. Ризик соматизації зростає у людини, яка відчуває хронічний стрес, пов'язаний із зовнішньою ситуацією або/та внутрішнім конфліктом.

Робота в закладах освіти викликає емоційну напругу, яка збільшується у міру зростання рівня складності та відповідальності завдань, що вирішуються; виникнення конфліктних ситуацій з керівництвом – усе це на фоні зниження систематичної фізичної активності в умовах пролонгованого (хронічного стресу) війни.

Негативним чинником порушеної стресостійкості та життєстійкості є ненормований робочий день, передбачена все більша доля роботи за комп'ютером щодня допізна.

2. Серед діагностичних методів досліджуваної проблеми варто використовувати авторську анкету, яка фокусує увагу на основний зміст пошуку. За допомогою авторської анкети «Опитувальник стану здоров'я» визначено співвідношення детермінант, характеристик, проявів професійногостресу та способів його подолання.

З'ясовано, що при високому рівні стресу домінує стратегія пошуку соціальної підтримки (37%) над стратегією аналізу ситуації, концентрації на завданні (31%), а при низькому і середньому рівнях – навпаки, стратегія аналізу ситуації (39%) домінує над стратегією соціальної підтримки (36%). Інтернальний локус контролю в копінг-стратегіях виявляється, таким чином, ефективнішим за екстернальний.

Найпоширенішими симптомами серед чоловіків в досліджуваній

групі є: погане самопочуття (45%), слабкість, знижена працездатність, головний біль (50%). Серед жінок розповсюдженими є такі симптоми: погане самопочуття (81%), почастішання серцебиття (76%), Порухення ритму, частоти та глибини дихання (67%), слабкість, знижена працездатність, головний біль (63%) та втрата або набір ваги (52%). Це вказує на те, що жінки в більшій мірі схильні приділяти увагу симптомам та взагалі їх відчувати. Вони здатні переробляти сигнали, в той час як чоловіки – подавляти.

Результати анкетного опитування педагогів свідчать, що найрозповсюдженішими ситуаціями виникнення професійного стресу та напруги в професійній діяльності виявились: спілкування з керівництвом (45%), складність професійних завдань (25%), умови оцінювання діяльності педагога (15%).

За допомогою методики «Синдром вигорання в системі людина-людина» (К.Маслач, С.Джексон) з'ясовано, що за високого рівня професійного стресу спостерігається і вищий гранично-максимальний бал емоційного виснаження (22 бали); високими є і показники деперсоналізації.

Прояв редукції власних досягнень (порушення професійної діяльності) по суті залишається майже однаковою у груп із різним рівнем професійного стресу. Це свідчить про те, що в психічно-особистісній системі професійний обов'язок є на вершині ціннісного Я-образу. Здоров'я та внутрішні зв'язки (інтегрованість) виступають радше засобом та виходять з ладу раніше, ніж «Я професійне».

З результатів методики «Переважаючих емоційних переживань» (Б. Додонов) виявилось, що у педагогів комунікативні переживання переважають, причому в групі із високим рівнем професійного стресу вони перебувають на першому місці (40%), ділячи його з гностичними переживаннями (38%). В групі з середнім та низьким рівнем емоційного стресу комунікативні переживання займають друге місце (38%), а гностичні перше (52%).

Незалежно від рівня професійного стресу, відсоток гностичних

переживань виявився значним, такі переживання викликані задоволенням від пізнання нового, захопленістю розв'язанням складної проблеми, зосередженістю на ній, задоволенням, радістю, гордістю при вирішенні ситуацій.

Наявність стресу у емоційних переживаннях зазначили 55% досліджуваних, тоді як зміни в організмі відчували 28% та зміну у діяльності – 17% респондентів.

Слід зазначити, що у всій вибірці в цілому, також у групах з низьким, середнім та високим рівнем професійного стресу, найбільш виражені серед показників стресового стану емоційні переживання. На другому місці виражено показники змін в організмі, на останньому місці – зміни у виконуваній діяльності.

Отже, освітня діяльність є виснажливою, але не змістом, про що свідчить джерельність пізнавальної активності досліджуваних, а способом організації та самоорганізації праці/відпочинку, а також способом і змістом контролю з боку адміністрації. В той же час, сприймання керівних дій адміністрації залежить від ступеню невротизації педагогічного персоналу, на якому відбиваються, у свою чергу, кризові обставини війни.

3.3 метою зменшення невротизації педагогів, ми розробили та застосували корекційно-профілактичну програму, яка була розрахована на два тижні – 10 занять для педагогів під час канікул. Програма включала необхідний мінімум психоедукації та практичні вправи на усвідомлення емоцій і саморегуляцію під час стресових обставин, оскільки стреси війни – основний контекст, від якого походять інші стресори.

Рівень стресу після корекційно-профілактичної роботи зменшився. В групі з високим та середнім рівнями професійного стресу рівень професійного стресу зменшився на 28%, а рівень емоційного на 42%. В порівнянні результатів авторської анкети прослідковано тенденцію зменшення відсотка різних психосоматичних симптомів в експериментальній групі після програми, особливо за показниками «погане самопочуття» (68%-40%), «почастішання серцебиття» (49%-25%),

«слабкість, знижена працездатність, головний біль» (45%-24%).

4. Запропоновані методичні рекомендації повинні проводитись на двох рівнях – на рівні особистості та на рівні організації. Усвідомлення керівниками організацій того факту, що від емоційного благополуччя працівників наряду залежить ефективність діяльності організації, сприятиме гармонійному розвитку як кожного педагога, так і закладу в цілому.

5. Виконана бакалаврська робота дозволяє визначити низку актуальних питань організації діяльності освітніх закладів з врахуванням стресогенності кризового періоду війни. Внутрішня психологічна криза не обов'язково є віковою – вона може бути похідною від зовнішньої кризи. Психологічні ризики професійної кризи в період війни зростають не тільки через відповідні зовнішні стреси, а і через морально застарілі форми організації та стимулювання професійної діяльності педагогів.

В той же час, образ «Я» педагогів, зазнаючи збитків, деформується таким чином, що понижується тілесна чутливість, самоемпатія, що не сприяє ранній діагностиці та вчасному лікуванню психосоматичних порушень на рівні психологічної корекції. Тому, профілактично-корекційні заходи з відновлення та підтримки здоров'я повинні включати роботу з образом «Я», тілесні практики відновлення фізичної та емоційної чутливості.

Тренінгова корекційно-профілактична робота має проводитись як з педагогами, так і з адміністрацією, яка впливає на рішення щодо організації діяльності фахівців закладу, в тому числі рекреаційної. Крім того, керівництво має постійно вивіряти власний стиль, методи стимулювання праці в колективі з новітніми науково-методичними рекомендаціями, які напрацьовуються та оновлюються сучасною психологією.

Перспективою подальших досліджень є з'ясування ролі командної взаємодії керівників, психолога, соціального педагога та медичного персоналу освітніх закладів у формуванні мотивації педагогів до пізнання та засвоєння способів забезпечення внутрішнього та зовнішнього середовища стресостійкості та життєстійкості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях. Наукові перспективи. 2022, №9 (27)
2. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Теоретико-методологічні та методичні засади психосоматики. Наукові перспективи. 2022. № 6 (24). С. 1–14.
3. Воропаєва В.Г. Проблема кризи ідентичності в умовах глобалізації та інформаційного суспільства. Вісник Національного авіаційного університету. Серія «Філософія. Культурологія». 2012. № 2. С. 35–40
4. Гавенко В. Психіатрія і наркологія: навч. посіб. Київ: ВСВ «Медицина», 2015. 512 с.
5. Гапоненко Л.О. Психолінгвістичний дискурс рефлексії у професійно-рольовій ідентичності студентів-психологів. Журнал«Перспективи та інновації науки». № 5 (10) 2022, С. 21-38.
6. Герасименко Л., Скрипніков А., Ісаков Р. Психогенні психічні розлади: навч.-метод.посіб. Київ:Всеукраїнське спеціалізоване видавництво Медицина, 2021. 208 с.
7. Гуссерль Е. Криза європейського людства і філософія. Сучасна зарубіжна філософія. Течії і напрями : хрестоматія; упоряд. В. В. Лях, В. С. Пазе-нок. Київ : Ваклер, 1996. С. 62–94.
8. Єременко Т. Психосоматичні прояви агресії в юнацькому віці: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04. Київ, 2017. 24 с.
9. Жукотанська В. П. Специфіка психосоматичних розладів, їх прояви та характеристика. Вісник студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса. 2022. №2. С. 118–122.
- 10.Кириленко Т. Психологія: емоційна сфера особистості: навч. посіб. Київ: Либідь, 2007. 270 с.
- 11.Клевець Л. Психологічні чинники в генезі психосоматичних розладів. Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка». 2012. № 20. С. 118–

127.

- 12.Ковшова С. Особливості впливу негативних емоцій на розвиток психосоматичних захворювань людини. Наукові інновації та передові технології. 2021. №1 (1). С. 130–140.
- 13.Колесніченко Л. Особливості надання психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами. Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи: матеріали доповідей учасників II Всеукраїнського конгресу із соціальної психології. Київ, 2019. 391с. С.165–166.
- 14.Коломоєць М., Павлюкович Н., Ходоровський В., Ткач Є. Теорія та концепції психосоматичних захворювань. Буковинський медичний вісник. 2008.№1. С. 141–144.
- 15.Компанович М. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань. Медична психологія: теоретичні та прикладні питання.2017. № 8. С.51–59.
- 16.Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
- 17.Красновський В. Дослідження психічних станів: історія і сучасність. Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 12. С. 24–28.
- 18.Lazarus R. From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. Annual Review of Psychology. 1993. Vol. 44. P. 1–21.
- 19.Лебединський В. Вплив стресу на функціональний стан органів травної системи. Наукові вісті НТШ. 2018. № 5. С. 53–60.
- 20.Лемак М., Петрище В. Психологу для роботи. Діагностичні методики: навч. посіб. Ужгород: Видавництво Олександра Гаркуші, 2012. 613 с.
- 21.Максименко С., Коваль І., Максименко К., Папуча М. Медична психологія: навч. посіб. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с. /43/
- 22.Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості. Київ.: Видавництво ТОВ «КММ», 2006. 240 с.
- 23.Маркова М. В. Постстресова психологічна дезадаптація: закономірності розвитку і специфіка клінічних проявів дезадаптивних станів у окремих

- специфічних груп населення, вразливих до дії макросоціального стресу.
Харків: Друкарня «Мадрид», 2019. 492 с.
24. Марута Н. О., Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання. Український вісник психоневрології. 2015. № 3(84). С. 21–28.
25. Матійків І. М. Основи тренерської майстерності: навч.-метод. посіб. Львів: Компанія —Манускрипт, 2012. 392 с.
26. Ніколаєва А. П. Дослідження впливу психосоматичних станів на студентів в умовах війни. Актуальні проблеми практичної психології: зб.наук. праць Всеукр. наук.-практич. інтернет конф. (19 травня 2023 року, м. Одеса). Одеса, 2023. С. 92–97.
27. Ногас А.О., Григус І.М., Смольська Л.М., Подоляка П.С., Андрєєва О.Б. Фізична реабілітація жінок з надмірною вагою//Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал / уклад. А. В. Цьось, А. І. Альошина. Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Вип. 33, 2019. С. 98-102.
28. Олейник Н. Психологічні особливості алекситимічного радикалу в структурі особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2018. № 3. С.94–99.
29. Осика О., Осика К. Теорія і практика психокорекційної роботи: навч. посіб. Слов'янськ, 2016. 112 с.
30. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред.С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2017. 540 с.
31. Пилягіна Г. Медична психологія: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. Вінниця: ПП Нова книга, 2020. 288 с.
32. Смольська Л.М. Мотивація здоров'ятворчості педагога в реаліях сучасності//Нова педагогічна думка: науково-методичний журнал. №1(101), 2020. С.50-54.
33. Смольська Л.М. Стресостійкість та життєстійкість: креативна модель

- формування в сучасних умовах// Науковий вісник Ужгородського Національного університету. Серія: Психологія. Випуск 4. Ужгород, 2021. С. 113-117.
34. Соціально-психологічна профілактика стресів та стресових розладів в учнів та студентів : навч. посіб. / [за ред. В.Г. Панка, І.І. Цушка]. К.: Ніка-Центр, 2007. 164 с.
35. Табачніков С., Маркова М., Харченко Є. Медико-психологічні аспекти розвитку, перебігу та терапії невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією. Таврический журнал психиатрии. 2007. № 2 (39). С. 32–48.
36. Holen-Hoeksema Susan. Abnormal Psychology. 9th Edition. 2023. URL.: <https://www.mheducation.com/highered/product/nolen-hoeksema-s-abnormal-psychology-jennings/M9781265316037.html>
37. Хамуленко Т. Психосоматика: культурно-історичний підхід: навч. посіб. Харків: ВД «Інжек», 2015. 264 с.
38. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. Український медичний часопис. 2022. №4. С. 1–11.
39. Чабан О., Хаустова О. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навч. посіб. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2021. 200 с.
40. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.
41. Шевченко О. Вплив психологічного стресу на функціональні зміни у кардіоваскулярній системі. Здоров'я і суспільство. 2019. № 9(1). С. 68–73.
42. Шелег Л. Досвід медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади. Вісник Національного університету оборони України. 2015. № 1. С. 259–264.
43. Юрценюк О. С. Психопрофілактика та психокорекція неспсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів (огляд

- літератури) [Електронний ресурс] / Буковинський медичний вісник. 2017. Т. 21, № 1. С. 235-238. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bumv_2017_21_1_52
44. Ahmed, I. (2019). Causes of teacher stress: Its effects on teacher performance and health problems. *International Journal of Management and Business Sciences*, 1(1), 1-13. <https://doi.org/10.63105/IJMBS.2019.1.1.6>
45. Alvites, C. (2019). Estrés docente y factores psicosociales en docentes de Latinoamérica, Norteamérica y Europa. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 141-178. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n3.393>
46. Armenta, C., Blanco, H., & Castillo, A. (2023). Regreso a clases, el impacto psicológico ante el confinamiento por COVID 19, la importancia de la salud mental en el proceso de aprendizaje. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 10(19), 10-13. <https://doi.org/10.29057/esat.v10i19.9580>
47. Basurto, A., Rodríguez, L., Giniebra, R., & Loor, M. (2020). Reacciones psicósomáticas producidas por el estrés y la salud mental de los docentes universitarios. *REHUSO: Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales*, 5(3), 16-25. <https://doi.org/10.33936/rehuso.v5i3.2596>
48. Casimiro, W., Casimiro, C., Barbachán, E., & Casimiro, J. (2020). Stress, anguish, anxiety and resilience of university teachers in the face of Covid-19. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 25(1), 453-464. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/33747>
49. Cladellas, R., Castelló, A., & Parrado, E. (2018). Satisfacción, salud y estrés laboral del profesorado universitario según su situación contractual. *Revista de Salud Pública*, 20(1), 53-59. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n1.53569>
50. Estrada, E. (2022). Producción científica sobre la COVID-19 en la revista *Anales de la Facultad de Medicina*. *Anales de la Facultad de Medicina*, 83(4), 364-365. <https://doi.org/10.15381/anales.v83i4.23899>
51. Estrada, E., Paredes, Y., Quispe, R., Gallegos, N., & Mori, J. (2023). Perception of Peruvian university students about virtual education in the context of the COVID-19 pandemic. *Universidad y Sociedad*, 15(1), 101-107. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/3521>

52. Estrada, E., Parichahua, J., Gallegos, N., Paredes, Y., & Quispe, R. (2022). Valoración de los síntomas psicosomáticos relacionados al estrés en los docentes de educación básica regular durante la pandemia de COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 41(5), 327-334. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7135520>
53. Estrada, E., & Gallegos, N. (2020). Síndrome de burnout y variables sociodemográficas en docentes peruanos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(6), 714-720. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4404750>
54. Estrada, E., & Gallegos, N. (2021). Satisfação no trabalho e compromisso organizacional em professores da Amazônia peruana. *Educação & Formação*, 6(1), e3854. <https://doi.org/10.25053/redufor.v6i1.3854>
55. García, M. (2020). Estrés laboral en docentes de enseñanza secundaria de una institución pública de la ciudad de Manta. *Revista San Gregorio*, 1(43), 140-154. <http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v1i43.1412>
56. Grawitch, M., Barber, L., Leiter, M. (2022). Editorial: Stress and Stress Management - Pushing Back Against Existing Paradigms. *Frontiers in Psychology*, 13, e.859660. doi: 10.1503/cmaj.080316.
57. Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill.
58. Huanca-Arohuana, J., Supo, F., Sucari, R., & Supo, L. (2020). El problema social de la educación virtual universitaria en tiempos de pandemia, Perú. *Innovaciones Educativas*, 22(S1), 115-128. <https://doi.org/10.22458/ie.v22iEspecial.3218>
59. Lin, C., Broström, A., Griffiths, M., & Pakpour, A. (2020). Investigating mediated effects of fear of COVID-19 and COVID-19 misunderstanding in the association between problematic social media use, psychological distress, and insomnia. *Internet Interventions*, 21, 100345. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100345>
60. Minihan, E., Adamis, D., Dunleavy, M., Martin, A., Gavin, B., & McNicholas, F. (2022). COVID-19 related occupational stress in teachers in

- Ireland. *International Journal of Educational Research Open*, 3, 100114. <https://doi.org/10.1016/j.ijedro.2021.100114>
61. Ozamiz, N., Berasategi, N., Idoiaga, N., & Dosil, M. (2021). The psychological state of teachers during the COVID-19 crisis: The challenge of returning to face-to-face teaching. *Frontiers in Psychology*, 11, 620718. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.620718>
62. Rodríguez, J., Benavides, E., Ornelas, M., Jurado, P. (2019). El burnout académico percibido en universitarios; comparaciones por género. *Formación Universitaria*, 12(5), 23-30. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062019000500023>
63. Rojas, J., Flores, G., & Cuaya, I. (2021). Principales aspectos metodológicos en el estudio del estrés laboral en personal universitario: Una revisión sistemática. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 15(1), e1248. <https://doi.org/10.19083/ridu.2021.1248>
64. Sohrabi, M., Malih, N., Karimi, H. (2019). Effect of General Medical Degree Curricular Change on Mental Health of Medical Students: A Concurrent Controlled Educational Trial. *Iran Journal of Psychiatry*, 14(1), 40-46.
65. Taborda, A., Murillo, D., Moreno, C., Taborda, P., Fuquen, M., Díaz, P., & Londoño, D. (2022). Análisis de impacto presupuestal de la vacunación contra COVID-19 en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e5. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.5>
66. Vargas, N., & Oros, L. (2021). Stress and burnout in teachers during times of pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 756007. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756007>
67. Whiting, S., Wass, S., Green, S., & Thomas, M. (2021). Stress and learning in pupils: Neuroscience evidence and its relevance for teachers. *Mind, Brain and Education: The Official Journal of the International Mind, Brain, and Education Society*, 15(2), 177-188. <https://doi.org/10.1111/mbe.12282>

ДОДАТКИ

Зміст

Додаток 1. Авторська анкета «Опитувальник стану здоров'я» для педагогів та суміжних професій

Додаток 2. Методика діагностики вигорання в системі «людина-людина» (К. Маслач і С. Джексон), адаптована українська версія

Додаток 3. Опитувальник нервово-психічної напруги (Немчін Т.А.)

Додаток 4. «Методика емоційної наповненості» (модифікація тесту Б. Додонова, повна версія) Інструкція.

ДОДАТОК 1

Авторська анкета «Опитувальник стану здоров'я» для педагогів та суміжних професій

Інструкція: Будь ласка, уважно прочитайте кожне питання та оберіть варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому стану за останній місяць. Ваші відповіді допоможуть вам краще зрозуміти свій стан здоров'я та визначити можливі прояви психосоматичної схильності внаслідок тривалого нервово-психічного напруження.

Розділ 1: Психофізіологічний рівень

Оцініть частоту появи наступних симптомів: *1 – Ніколи або майже ніколи; 2 – Рідко (кілька разів на місяць); 3 – Іноді (1-2 рази на тиждень); 4 – Часто (кілька разів на тиждень); 5 – Дуже часто (майже щодня).*

1. Чи відчуваєте ви постійну втому, навіть після відпочинку? 1 2 3 4 5
2. Чи спостерігаються у вас порушення сну (безсоння, часті пробудження, важке засинання)? 1 2 3 4 5
3. Чи відчуваєте ви головні болі або мігрені? 1 2 3 4 5
4. Чи помічаєте ви зміни апетиту (значне посилення або зниження)? 1 2 3 4 5
5. Чи відчуваєте ви м'язову напругу або болі (наприклад, у шиї, спині)? 1 2 3 4 5
6. Чи спостерігаються у вас проблеми з травленням (розлад шлунку, нудота)? 1 2 3 4 5
7. Чи помічаєте ви прискорене серцебиття або біль у грудях? 1 2 3 4 5
8. Чи підвищується у вас артеріальний тиск? 1 2 3 4 5
9. Чи відчуваєте ви часті застуди або зниження імунітету? 1 2 3 4 5
10. Чи помічаєте ви тремор рук або нервовий тик? 1 2 3 4 5

Розділ 2: Психологічно-поведінковий рівень

Оцініть частоту появи наступних проявів:

1 – Ніколи або майже ніколи; 2 – Рідко (кілька разів на місяць); 3 – Іноді (1-2 рази на тиждень); 4 – Часто (кілька разів на тиждень); 5 – Дуже часто (майже щодня)

1. Чи відчуваєте ви дратівливість, спалахи гніву або агресію? 1 2 3 4 5

2. Чи спостерігається у вас відчуття тривоги, занепокоєння або панічні атаки? 1 2 3 4 5
3. Чи помічаєте ви зниження концентрації уваги або погіршення пам'яті? 1 2 3 4 5
4. Чи відчуваєте ви апатію, втрату інтересу до раніше улюблених справ? 1 2 3 4 5
5. Чи спостерігаються у вас перепади настрою, плаксивість? 1 2 3 4 5
6. Чи відчуваєте ви відстороненість від колег, друзів, родини? 1 2 3 4 5
7. Чи помічаєте ви підвищену чутливість до критики або образам? 1 2 3 4 5
8. Чи відчуваєте ви зневіру, безнадію або відчуття безвихідності? 1 2 3 4 5
9. Чи спостерігаються у вас труднощі з прийняттям рішень? 1 2 3 4 5
10. Чи відкладаєте ви справи "на потім", відчуваючи прокрастинацію? 1 2 3 4 5

Розділ 3: Кількісний рівень вираженості професійного стресу та способи його подолання

Частина А: Оцінка рівня професійного стресу (за зразком шкали Дембо-Рубінштейн)

Оцініть свій рівень професійного стресу на даний момент за шкалою від 1 до 10, де:

1 – Відсутність стресу, повне спокій; 10 – Максимальний рівень стресу, неможливість функціонувати

Ваш рівень професійного стресу: (оберіть число від 1 до 10)

Частина Б: Способи подолання стресу

Наскільки ефективними є для вас наступні способи подолання стресу?

1 – Зовсім неефективний; 2 – Малоефективний; 3 – Частково ефективний; 4 – Досить ефективний; 5 – Дуже ефективний

1. Фізична активність (прогулянки, спорт, йога): 1 2 3 4 5
2. Спілкування з близькими людьми (друзями, родиною): 1 2 3 4 5
3. Хобі, творчість, улюблені заняття: 1 2 3 4 5
4. Медитація, релаксація, дихальні вправи: 1 2 3 4 5
5. Відпочинок, сон: 1 2 3 4 5
6. Звернення за професійною психологічною допомогою: 1 2 3 4 5
7. Планування свого часу, встановлення пріоритетів: 1 2 3 4 5
8. Обмеження негативної інформації (новин): 1 2 3 4 5
9. Гумор, позитивне мислення: 1 2 3 4 5
10. Ігнорування або уникнення стресових ситуацій: 1 2 3 4 5

Розділ 4: Професійні ситуації, які часто є умовами виникнення стресу

Оцініть, наскільки часто наступні ситуації викликають у вас стрес у професійній діяльності:

1 – Ніколи або майже ніколи; 2 – Рідко; 3 – Іноді; 4 – Часто; 5 – Дуже часто

1. Конфлікти з колегами або керівництвом: 1 2 3 4 5

2. Високе навантаження, великий обсяг роботи: 1 2 3 4 5
3. Непорозуміння або конфлікти з учнями/студентами/клієнтами: 1 2 3 4 5
4. Відсутність чітких інструкцій або невизначеність у завданнях: 1 2 3 4 5
5. Відчуття відповідальності за інших: 1 2 3 4 5
6. Недостатня матеріальна винагорода або відсутність визнання: 1 2 3 4 5
7. Необхідність працювати в умовах постійного шуму, відволікань: 1 2 3 4 5
8. Неможливість контролювати ситуацію або впливати на неї: 1 2 3 4 5
9. Відсутність можливостей для професійного зростання: 1 2 3 4 5
10. Відчуття емоційного вигорання, втрати мотивації: 1 2 3 4 5

Розділ 5: Якісний рівень виразності проявів стресу та зловживання

Будь ласка, опишіть, які саме прояви стресу ви помічаєте у себе найчастіше та як довго вони тривають.

1. **Емоційні переживання** (наприклад: дратівливість, смуток, тривога, апатія, страх, гнів). Опишіть 2-3 найхарактерніші:

2. - Чи приймаєте ви заспокійливі або снодійні препарати? 1 2 3 4 5
3. Чи зловживаєте ви алкоголем або іншими психоактивними речовинами для зняття емоційної напруги? 1 2 3 4 5

Розділ 6: Загальний стан здоров'я та характер психосоматичних симптомів

1. Як би ви оцінили свій загальний стан здоров'я за останній місяць?
1 – Відмінний; 2 – Добрий; 3 – Задовільний; 4 – Поганий; 5 – Дуже поганий
2. Чи відчуваєте ви, що ваші фізичні нездужання (головний біль, проблеми зі шлунком, болі в м'язах тощо) **посилюються в періоди підвищеного стресу** або емоційного напруження? *1 – Ніколи; 2 – Рідко; 3 – Іноді; 4 – Часто; 5 – Завжди*
3. Чи помічали ви появу **нових фізичних симптомів**, які не мають чіткого медичного пояснення, після початку війни або в період підвищеного стресу? Якщо так, опишіть їх:

Інструменти для інтерпретації результатів

1. Загальний психофізіологічний та психологічно-поведінковий рівень

Для Розділів 1 та 2, де ви оцінювали частоту симптомів за шкалою від 1 до 5, обчисліть середній бал для кожного розділу окремо. **Підрахунок балів:** Складіть усі бали за питання в Розділі 1 (психофізіологічний рівень). Складіть усі бали за питання в Розділі 2 (психологічно-поведінковий рівень). Розділіть отриману суму на кількість питань у відповідному розділі (10 для кожного).

Орієнтування середнього балу:

Орієнтованість на різні сторони педагогічної реальності:

- ✓ Низький рівень: 4-8 балів
- ✓ **Середній рівень: 9-11 балів**
- ✓ Високий рівень: 12-15 балів

Рівень володіння професійно-педагогічними вміннями (наприклад, проєктивними):

- ✓ Низький рівень: 1-2.4 бали
- ✓ **Середній рівень: 2.5-3.9 бали**
- ✓ Високий рівень: 4-5 балів

Ступінь незадоволеності роботою:

- ✓ Низький: 1-5 балів
- ✓ **Середній: 6-10 балів**
- ✓ Високий: 11 балів і більше

Орієнтація на певні моделі педагогічної взаємодії (наприклад, навчально-дисциплінарна чи особистісна):

- ✓ Виражена орієнтація на навчально-дисциплінарну модель: 48 балів і вище
- ✓ Помірна орієнтація на навчально-дисциплінарну модель: 43-47 балів
- ✓ **Помірна орієнтація на особистісну модель: 38-42 бали**
- ✓ Виражена орієнтація на особистісну модель: 37 балів і нижче

Якісні характеристики узагальнюються на рівні тенденцій до проявів та враховуються або окремо, або додаються до відповідних шкал, що враховується при обробці даних.

Методика діагностики вигорання в системі «людина-людина» (К. Маслач і С. Джексон), адаптована українська версія <https://ds1.sm.ua/діагностика-синдрому-вигорання-в-п/>

Інструкція. Вам пропонується 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з роботою, кожне з яких слід оцінити. Якщо ви відповіли «ніколи», то вашій відповіді приписується бал 0; «дуже рідко» – 1; «рідко» – 2, «іноді» – 3; «часто» – 4, «дуже часто» – 5, «завжди» – 6. Ваші відповіді не будуть оцінюватися як гарні чи погані, тому просимо виявити відвертість. Над твердженнями не слід довго роздумувати. Достовірні відповіді ті, котрі першими прийшли в голову.

Опитувальник для педагогів

1. Я відчуваю себе емоційно виснаженим.
2. Наприкінці робочого дня я відчуваю себе, як вичавлений лимон.
3. Я відчуваю себе втомленим, коли прокидаюся вранці і мушу йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають учні чи колеги, та використовую це в інтересах справи.
5. Я спілкуюся з дітьми цілком формально, без зайвих емоцій, і намагаюся звести спілкування з ними до мінімуму.
6. Я відчуваю себе енергійним та емоційно піднесеним.
7. Я вмю знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях.
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.
9. Я можу позитивно впливати на продуктивність роботи дітей та колег.
10. Останнім часом я став більш черствим (нечутливим) у ставленні до дітей та колег.
11. Як правило, оточуючі мене люди багато вимагають від мене та маніпулюють мною. Вони скоріше втомлюють, ніж радують мене.
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю в їх здійснення.
13. У мене все більше життєвих розчарувань.
14. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене раніше.

15. Іноді мені дійсно байдуже те, що відбувається з дітьми, з якими стикаюсь по роботі.
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього і усіх.
17. Я можу легко створити атмосферу доброзичливості і співпраці при спілкуванні з дітьми та колегами.
18. Я легко спілкуюся з людьми незалежно від їх статусу і характеру.
19. Я багато встигаю зробити.
20. Я відчуваю себе на межі можливостей.
21. Я багато чого ще зможу досягти в своєму житті.
22. Іноді колеги чи близькі успішно перекладають на мене тягар своїх проблем і обов'язків.

Обробка результатів. Відповідно до «ключа» підраховуються суми балів за трьома субшкалами.

Ключ

Субшкала	Номер твердження	Сума балів (максимальна)
Емоційне виснаження	1,2,3,6,8,13, 14,16,20	54
Деперсоналізація	5, 10, 11, 15, 22	30
Редукція особистих досягнень	4, 7,9, 12,17,18, 19,21	48

Рівень «професійного вигорання» визначається за таблицею рівнів «вигорання».

Таблиця рівнів – «вигорання»

Субшкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження	0-16	17-26	27 і більше
Деперсоналізація	0-6	7-12	13 і більше
Редукція особистих досягнень	39 і більше	38-32	31-0

Інтерпретація даних. Згідно з моделлю синдрому «вигорання», запропонованою американськими дослідниками К. Маслач і С. Джексон, «професійне вигорання» тлумачиться як синдром емоційного виснаження, деперсоналізації і редукації особистих досягнень.

Емоційне виснаження розглядається як основна складова «професійного вигорання» та характеризується заниженим емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням.

Деперсоналізація проявляється у деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути зростання залежності від інших людей, у інших – зростання негативізму, цинічності налаштувань і почуттів щодо інших людей (учнів, колег, підлеглих тощо).

Редукація особистих досягнень полягає або в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, негативізмі щодо службової гідності і можливостей, або у нівелюванні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших тощо.

Опитувальник нервово-психічної напруги (Немчін Т.А.)

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

1. Наявність фізичного дискомфорту:

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

2. Наявність болісних відчуттів:

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

3. Температурні відчуття:

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

4. Стан м'язового тону:

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

5. Координація рухів:

- А) звичайна координація рухів;
- Б) підвищення точності, легкості, координованості рухів під час писання, іншої роботи;
- В) зниження точності рухів, порушення координації, погіршення почерку, утруднення при виконанні дрібних рухів, що вимагають високої точності.

6. Стан рухової активності загалом:

- А) звичайна рухова активність;
- Б) підвищення рухової активності, збільшення швидкості й енергійності рухів;
- В) різке посилення рухової активності, неможливість усидіти на одному місці, метушливість, прагнення ходити, змінювати положення тіла.

7. Відчуття збоку серцево-судинної системи:

- А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів з боку серця; Б) відчуття посилення серцевої діяльності, що не заважає роботі;

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

8. Прояви збоку шлунково-кишкового тракту:

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів у животі;

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

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

9. Прояви з боку органів дихання:

А) відсутність яких-небудь відчуттів;

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

В) значна зміна дихання - задишка, почуття недостатності вдиху, "комок у горлі".

10. Прояви з боку видільної системи:

А) відсутність яких-небудь змін;

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

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

11. Стан потовиділення:

А) звичайне потовиділення без яких-небудь змін; Б) помірне посилення потовиділення;

В) поява рясного "холодного" поту.

12. Стан слизової оболонки порожнини рота:

А) звичайний стан без яких-небудь змін; Б)

помірне збільшення слиновиділення; В)

відчуття сухості в роті.

13. Колір шкірних покривів:

А) звичайний колір шкіри обличчя, шиї, рук; Б)

почервоніння шкіри обличчя, шиї, рук;

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

14. Сприйнятливність, чутливість до зовнішніх подразників: А)

відсутність яких-небудь змін, звичайна чутливість;

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

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

15. Почуття впевненості в собі, у власних силах:

А) звичайне почуття впевненості у власних силах, здібностях; Б)

підвищене почуття впевненості в собі, віра в успіх;

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

16. Настрій:

А) звичайний настрій;

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

В) зниження настрою, пригніченість.

17. Особливості сну:

А) нормальний, звичайний сон;

Б) гарний, міцний, освіжаючий сон напередодні;

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

18. Особливості емоційного стану загалом:

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

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

В) почуття страху, паніки, розпачу.

19. Перешкодостійкість:

А) звичайний стан, без яких-небудь змін;

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

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

20. Особливості мови:

А) звичайна мова;

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

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

21. Загальна оцінка психічного стану:

А) звичайний стан;

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

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

22. Особливості пам'яті:

А) звичайна пам'ять;

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

23. Особливості уваги:

А) звичайна увага без яких-небудь змін;

Б) поліпшення здатності до зосередження, відволікання від сторонніх

справ;

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

24. Кмітливість:

А) звичайна кмітливість;

Б) підвищення кмітливості, гарна спритність; В) зниження кмітливості, розгубленість.

25. Розумова працездатність:

А) звичайна розумова працездатність;

Б) підвищення розумової працездатності;

В) значне зниження розумової працездатності, швидка розумова стомлюваність.

26. Явище психічного дискомфорту:

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

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

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

27. Ступінь поширеності (генералізованості) ознак напруги:

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

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

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

28. Частота виникнення стану напруги:

А) відчуття напруги не розвивається практично ніколи;

Б) деякі ознаки напруги розвиваються лише за наявності реально важких ситуацій;

В) ознаки напруги розвиваються дуже часто і нерідко без достатніх на те причин.

29. Тривалість стану напруги:

А) дуже короткочасний, не більше кількох хвилин, швидко зникає ще до того, як минула складна ситуація;

Б) продовжується практично впродовж усього часу перебування в умовах складної ситуації і виконання необхідної роботи, припиняється невдовзі після її закінчення;

В) дуже велика тривалість стану напруги. Напруга не припиняється впродовж тривалого часу після складної ситуації.

30. Загальний ступінь виразності напруги:

А) повна відсутність чи дуже слабкий ступінь виразності; Б) помірковано виражені, виразні ознаки напруги;

В) різко виражена, надмірна напруга.

ОБРОБКА ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ. За оцінку "+", поставлену напроти пункту "А" нараховується 1 бал, напроти пункту "Б" - 2 бали, навпроти "В" - 3 бали. Міп – 30 балів, Мах-90 балів.

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

У додатку наведено:

- 1) повну модифіковану версію тесту емоційної спрямованості Б. Додонова;
- 2) шкалу креативності Додонова (ШКД) з алгоритмом обробки результатів та стандартизованими шкалами.

«Методика емоційної наповненості» (модифікація тесту Б. Додонова, повна версія) Інструкція.

Перед Вами перелік різноманітних емоційних станів. Вам необхідно оцінити кожне твердження, зазначивши, як часто Ви переживаєте його.

Оцінка здійснюється за таким принципом:

- 0 – не відчуваю ніколи
- 1 – відчуваю рідко
- 2 – відчуваю іноді
- 3 – відчуваю часто
- 4 – відчуваю дуже часто
- 5 – відчуваю практично щодня

1. Бажання приносити іншому радість і щастя.
2. Бажання спілкуватися, ділитися думками та переживаннями, знайти їм відгук.
3. Прагнення завоювати визнання, пошану.
4. Бажання досягти успіху в роботі.
5. Гнів, обурення.
6. Жага гострих відчуттів.
7. Прагнення до незвичайного, незвіданого.
8. Прагнення щось зрозуміти, проникнути в суть явища.
9. Жага краси.
10. Тривога (або страх).
11. Почуття світлого смутку і задуми.
12. Насолода приємними фізичними відчуттями від смачної їжі, тепла, сонця тощо.

13. Прагнення щось багаторазово придбати, діставати, накопичувати, колекціонувати.
14. Почуття сорому (або докори сумління).
15. Почуття занепокоєння за долю кого-небудь.
16. Почуття симпатії, прихильності до кого-небудь.
17. Почуття ураженого самолюбства і бажання «взяти реванш».
18. Почуття напруги.
19. Заздрість.
20. Захват від небезпеки, ризику.
21. Очікування чогось незвичайного і дуже хорошого, світлого дива.
22. Почуття здивування або нерозуміння.
23. Насолода красою чого-небудь або кого-небудь.
24. Почуття, що власне життя проживається неправильно (безглуздо).
25. Поетично-споглядальний стан.
26. Почуття безтурботності, безжурності.
27. Радість щодо збільшення своїх накопичень.
28. Почуття провини.
29. Співпереживання удачі та радості іншої людини.
30. Почуття поваги до кого-небудь.
31. Приємне лоскотання самолюбства.
32. Захопленість, захват від роботи.
33. Неприязнь, ворожість до кого-небудь.
34. Почуття спортивного азарту.
35. Звабливе почуття далечини.
36. Почуття ясності або невиразності думки.
37. Почуття витонченого, граціозного.
38. Почуття приниженості або власної нікчемності.
39. Почуття душевної м'якості, розчулення.
40. Млість, солодка лінь.
41. Приємне відчуття при огляді своїх накопичень, колекцій тощо.

42. Великодушність, готовність пробачити незаслужено нанесену образу.
43. Почуття ніжності та милування.
44. Почуття вдячності.
45. Почуття гордості.
46. Милування результатами своєї праці, її результатом.
47. Ненависть.
48. Рішучість.
49. Хвилююче почуття дивно зміненого сприйняття навколишнього: усе здається іншим, незвичайним, повним значущості і таємниць.
50. Нестримне прагнення подолати протиріччя у своїх міркуваннях, усе систематизувати.
51. Почуття піднесеного або величного.
52. Почуття покинутості, власної непотрібності.
53. Почуття рідного, близького, милого.
54. Почуття веселощів.
55. Почуття обов'язку.
56. Почуття відданості.
57. Почуття обожнювання кого-небудь.
58. Почуття переваги над ким-небудь.
59. Приємна втома.
60. Образа.
61. Спортивна злість.
62. Почуття особливої значущості того, що зараз відбувається.
63. Почуття здогадки, близькості рішення.
64. Насолода звуками.
65. Ревнощі.
66. Насолода спогадів про минуле.
67. Приємна бездумна збудженість (на танцях, вечірках тощо).
68. Почуття відповідальності.
69. Почуття участі, жалості.

70. Бажання заслужити схвалення близьких і шанованих людей.
71. Почуття задоволення тим, що ніби ростеш у власних очах, підвищуєш цінність своєї особи- стості.
72. Задоволення від того, що справа робиться, що час проходить не дарма.
73. Бажання помститися кривдникам.
74. Почуття сильного вольового й емоційного напруження, граничної мобілізації своїх розумових і фізичних здібностей.
75. Почуття зловісно-таємничого.
76. Радість відкриття істини.
77. Почуття хвилюючого драматизму.
78. Огида.
79. Гіркувато-приємне відчуття самотності.
80. Хтивість.
81. Тривога про те, що вчинки і справи можуть розходитися з морально-етичними нормами.
82. Нудьга.

Обробка результатів

1. Підраховується сума балів за шкалами

Альтруїстичні емоції = 1, 15, 29, 43, 56, 69

Комунікативні емоції = 2, 16, 30, 44, 57, 70

Глоричні емоції = 3, 17, 31, 45, 58, 71

Праксичні емоції = 4, 18, 32, 46, 59, 72

Негативні міжособистісні емоції = 5, 19, 33, 47, 60, 73

Пугничні емоції = 6, 20, 34, 48, 61, 74

Романтичні емоції = 7, 21, 35, 49, 62, 75

Гностичні емоції = 8, 22, 36, 50, 63, 76

Естетичні емоції = 9, 23, 37, 51, 64, 77

Негативні внутрішньо особистісні емоції = 10, 24, 38, 52, 65, 78

Ліричні емоції = 11, 25, 39, 53, 66, 79

Гедоністичні емоції = 12, 26, 40, 54, 67, 80

Акізитивні емоції = 13, 27, 41 = суму помножити на 2.

Моральні емоції = 14, 28, 42, 55, 68,

81 Дефіцитарні емоції = 82 = бал

помножити на 6

Проблемні емоції = *Негативні міжособистісні емоції* (5, 19, 33, 47, 60, 73) +

Негативні внутріш-

ньоособистісні емоції (10, 24, 38, 52, 65, 78). Потреба в емоційній насиченості = сума усіх балів за виключенням показників за категоріями –*Негативні*

міжособистісні, Негативні внутрішньоособистісні, Моральні та Дефіцитарні емоції. Отримані суми (сирих балів) переводять у 10-бальну лінійку стандартних балів (процентилів) окремо для дівчат та юнаків

Стандартизовані шкали

Жінки

Емоції	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Альтруїстичні	≤ 11	12–13	14	15–16	17	18	19	20–21	22–23	≥ 24
Комунікативні	≤ 13	14–15	16	17–18	19	20	21	22–23	24	≥ 25
Глоричні	≤ 9	10–11	12	13	14	15	16	17–18	19–21	≥ 22
Практичні	≤ 14	15	16–17	18	19	20	21	22	23–24	≥ 25
Негативні міжособистісні	≤ 4	5	6	7	8	9	10–11	12	13–15	≥ 16
Пугнічні	≤ 7	8–9	10	11	12	13	14	15–17	18–19	≥ 20
Романтичні	≤ 8	9–10	11–12	13	14	15	16–17	18	19	≥ 20
Гностичні	≤ 14	15–16	17	18	19	20	21	22–23	24–25	≥ 26
Естетичні	≤ 11	12–13	14–15	16	17	18	19–20	21	22–24	≥ 25
Негативні внутрішньо-особистісні	≤ 4	5	6–7	8	9	10–11	12	13–15	16–19	≥ 20
Ліричні	≤ 10	11	12	13	14	15	16	17–18	19–20	≥ 21
Гедоністичні	≤ 10	11	12	13	14	15	16–17	18	19–20	≥ 21
Аккзитивні	≤ 7	8–9	10–11	12	13–14	15–16	17–18	19–20	21–22	≥ 23
Моральні	≤ 11	12	13	14	15	16	17	18–19	20–21	≥ 22
Дефіцитарні	= 0	6		12		18		24		= 30
Проблемні	≤ 8	9–11	12–13	14–15	16–18	19–20	21–22	23–27	28–32	≥ 33
Потреба в емоційній насиченості	≤ 140	141–149	150–158	159–167	168–175	176–184	185–192	193–201	202–218	≥ 219

Чоловіки

Емоції	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Альтруїстичні	≤ 8	9–11	12–13	14	15	16	17	18–19	20–21	≥ 22
Комунікативні	≤ 11	12–13	14	15–16	17	18–19	20	21–22	23–24	≥ 25
Глоричні	≤ 7	8–9	10–11	12	13–14	15	16	17–18	19–22	≥ 23
Практичні	≤ 12	13	14–15	16	17	18	19	20	21–23	≥ 24
Негативні міжособистісні	≤ 4	5–6	7	8	9–10	11	12	13–14	15–17	≥ 18
Пугнічні	≤ 8	9–10	11	12	13–14	15	16	17–18	19–21	≥ 22
Романтичні	≤ 8	9	10–11	12	13	14	15	16	17–19	≥ 20
Гностичні	≤ 11	12–13	14	15	16	17	18	19	20–22	≥ 23
Естетичні	≤ 7	8–10	11–12	13	14–15	16	17	18	19–20	≥ 21
Негативні внутрішньо-особистісні	≤ 3	4–5	6–7	8	9	10	11–12	13–14	15–17	≥ 18
Ліричні	≤ 8	9–10	11	12	13	14	15	16	17–18	≥ 19
Гедоністичні	≤ 9	10	11–12	13	14	15	16	17–18	19–20	≥ 21
Аккзитивні	≤ 6	7–10	11–12	13	14	15–16	17–18	19–22	23–24	≥ 25
Моральні	≤ 9	10	11	12	13	14–15	16	17–18	19–20	≥ 21
Дефіцитарні	= 0	6		12		18		24		= 30
Проблемні	≤ 9	10–11	12–14	15–17	18–19	20–21	22–24	25–27	28–32	≥ 33
Потреба в емоційній насиченості	≤ 113	114–135	136–145	146–155	156–166	167–174	175–181	182–190	191–204	≥ 205

Шкала креативності Додонова (ШКД) Підраховується сума балів за питаннями: 7, 8, 11, 21, 25, 35, 36, 37, 49, 50, 51, 63, 64, 75, 76, 79. Отриманий результат переводиться у 10-бальну лінійку стандартних балів (процентилів) окремо для дівчат та юнаків.

Стандартизовані шкали

Жінки

Процентилі	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ШКД (сирі бали)	≤ 30	31–34	35–36	37–39	40–43	44–45	46–48	49–52	53–57	≥ 58

Чоловіки

Процентилі	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ШКД (сирі бали)	≤ 27	28–32	33–35	36–37	38–39	40–41	42–43	44–47	48–53	≥ 54

