

Хмельницький національний університет  
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту  
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)  
Освітній рівень

ОСОБИСТІСНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ  
МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки  
Шифр і назва галузі знань  
Спеціальність 053 Психологія  
Шифр і назва спеціальності

Шифр 24234  
Номер ІНП

Виконала: студентка ІІ курсу, групи ППмз-23-2 Анастасія РОМАСЮКОВА  
Підпис Ініціали, прізвище

Керівник: доктор педагогічних наук, професор Євген ПАВЛЮК  
Підпис Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:  
Зав. кафедри психології та педагогіки  
доктор психологічних наук, професор

Таїсія КОМАР  
Підпис Ініціали, прізвище

02 грудня 2024р.

Хмельницький, 2024

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту

Кафедра психології та педагогіки

Освітній рівень другий (магістерський)

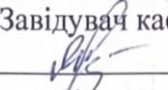
Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та педагогіки

 Таїсія КОМАР

підпис

протокол № 5 від 14 грудня 2023 р.

ЗАВДАННЯ  
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ  
Анастасії РОМАСЮКОВОЇ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Особистісні детермінанти професійного вигорання медичних фахівців»

Керівник кваліфікаційної дипломної роботи: Євген ПАВЛЮК, доктор педагогічних наук, професор.

Затверджено наказом ректора університету від 26 серпня 2024 р. № 60

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру грудня 2024 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: 1) методика «Психологічне вигорання»; 2) методика діагностики професійної мотивації; 3) методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда; 4) методика «16-факторний особовий опитувальник» Р. Кеттелла; 5) методика "Індекс життєвого стилю" (Life Style Index, LSI); 6) опитувальник «Шкала перфекціонізму».

4. Зміст кваліфікаційної дипломної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1. Теоретичний аналіз проблеми професійного вигорання медичних фахівців, проблема професійного вигорання в науково психологічній літературі, психологічні особливості професійно-особистісного розвитку медичних фахівців, психологічні чинники виникнення «синдрому вигорання» серед медичних фахівців, висновки до розділу; розділ 2. Емпіричне дослідження особистісних детермінант професійного вигорання медичних фахівців, організація проведення емпіричного дослідження, аналіз результатів емпіричного дослідження особистісних детермінант професійного вигорання медичних фахівців, особливості профілактики та подолання професійного вигорання медичних фахівців, висновки до розділу; висновки, перелік джерел посилання, додаток.

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

9 рисунків, 3 таблиці.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

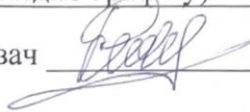
Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 19 грудня 2022 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи магістра	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 02 січня 2024 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2024 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2024 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2024 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2024 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01 листопада 2024 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2024 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	<u>09</u> листопад 2024 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	<u>16</u> грудня 2024 р.	виконано

Здобувач



Анастасія РОМАСЮКОВА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи



Євген ПАВЛЮК

## АНОТАЦІЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Тема кваліфікаційної роботи «Особистісні детермінанти професійного вигорання медичних фахівців»

Здобувач Анастасія РОМАСЮКОВА

Керівник Євген ПАВЛЮК

Кваліфікаційна робота включає 82 сторінки, 9 рисунків, 3 таблиці, перелік джерел посилання із 50 найменувань.

Ключові слова: професійне вигорання, емоційне виснаження, деперсоналізація, стрес, низька самоповага, тривожність.

**Об'єкт** дослідження – професійне вигорання медичних фахівців.

**Предмет** дослідження – особистісні детермінанти професійного вигорання медичних фахівців.

За результатами дослідження здійснено теоретичний аналіз проблеми професійного вигорання медичних фахівців в науково-психологічній літературі, охарактеризовано психологічні особливості професійно-особистісного розвитку фахівців медичної сфери, уточнено психологічні чинники виникнення «синдрому вигорання» серед медичних фахівців, емпірично досліджено особистісні детермінанти професійного вигорання медичних фахівців, розроблено тренінги профілактики та корекції професійного вигорання для медичних фахівців. Одержані результати можуть бути використані в професійній діяльності фахівців, а також закладів охорони здоров'я.

Дипломник  Анастасія РОМАСЮКОВА

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 08 грудня 2023р.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ.....	9
1.1 Проблема професійного вигорання в науково психологічній літературі.....	9
1.2 Психологічні особливості професійно-особистісного розвитку медичних фахівців.....	22
1.3 Психологічні чинники виникнення «синдрому вигорання» серед медичних фахівців .....	31
Висновки до розділу.....	39
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ.....	41
2.1 Організація проведення емпіричного дослідження .....	41
2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження особистісних детермінант професійного вигорання медичних фахівців. ....	45
2.3 Особливості профілактики та подолання професійного вигорання медичних фахівців.....	64
Висновки до розділу.....	74
ВИСНОВКИ.....	75
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	77

## ВСТУП

Професійне вигорання серед медичних працівників стало серйозною проблемою сучасності. Воно не лише негативно впливає на якість надання медичної допомоги, але й призводить до погіршення фізичного та психічного здоров'я лікарів, медсестер та інших фахівців. Тому дослідження причин цього явища, зокрема ролі особистісних факторів, є вкрай актуальним.

Загалом, професійне вигорання розглядають як стан психічного та фізичного виснаження, який виникає внаслідок тривалого стресу, перевантаження та невдоволеності на роботі. Це може виявлятися в емоційному виснаженні, відчутті втрати ентузіазму та мотивації, а також відчутті безсилля та безнадійності. Люди, які стикаються з професійним вигоранням, втрачають інтерес до своєї роботи, мають низьку працездатність, відчують великий рівень стресу та втоми.

Профвигорання є надзвичайно актуальною та поширеною проблемою сьогодення. Точної статистики немає, але близько 5-7% населення у світі мають прояви вигорання. Цей стан поширений в усьому світі та не є унікальним явищем для нашого часу. Медичні працівники посідають чи не перше місце серед спеціальностей з високим ризиком вигорання. За різними джерелами, від 20% до 75% медпрацівників перебувають у цьому стані. Для розвитку професійного вигорання потрібні три ключові складові, зокрема несприятливі умови праці, індивідуальні особливості людини та відсутність належної підтримки ззовні. Сьогодні в Україні додався четвертий фактор, а саме війна. Так, за даними МОЗ на кінець минулого року пошкоджено 1 468 медичних закладів, зруйновано вщент — 193, є травмовані та загиблі медичні працівники, лікарі та медичні сестри працюють понаднормово, в умовах мультизадачності та постійного пошуку рішень за обмежених ресурсів.

Вигорання не є проблемою окремого працівника. Воно впливає на пацієнтів, медичну установу і всю галузь охорони здоров'я. У медичних закладах погіршується якість послуг та більшає лікарських помилок, припиняється професійний розвиток медичного персоналу, порушуються

взаємовідносини у трудовому колективі. Відповідно, пацієнти отримують неякісні послуги, а подекуди «застарілу» і неефективну медичну допомогу. Проблема професійного вигорання негативно впливає на загальну організаційну культуру і моральний дух медичної спільноти, порушує ефективність розподілу ресурсів, підриває довіру громадськості до системи охорони здоров'я загалом.

Дослідження особистісних детермінант професійного вигорання медичних фахівців є важливим кроком до розуміння цього складного феномена. Результати таких досліджень можуть бути використані для розробки ефективних стратегій профілактики та подолання вигорання, що, в свою чергу, сприятиме підвищенню якості медичної допомоги та покращенню життя медичних працівників.

**Об'єкт** дослідження – професійне вигорання медичних фахівців.

**Предмет** дослідження – особистісні детермінанти професійного вигорання медичних фахівців.

**Метою** роботи є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження особистісних детермінант професійного вигорання медичних фахівців.

**Гіпотеза** дослідження: з'ясування особистісних детермінант професійного вигорання медичних фахівців сприятиме розробці тренінгу профілактики та корекції професійного вигорання для медичних фахівців.

Відповідно до мети та гіпотези були поставлені такі **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми професійного вигорання медичних фахівців в науково-психологічній літературі.

2. Охарактеризувати психологічні особливості професійно-особистісного розвитку фахівців медичної сфери. Уточнити психологічні чинники виникнення «синдрому вигорання» серед медичних фахівців.

3. Емпірично дослідити особистісні детермінанти професійного вигорання медичних фахівців.

4. Розробити тренінги профілактики та корекції професійного вигорання для медичних фахівців.

### **Методи дослідження:**

- *теоретичні:* аналіз наукової літератури, інтерпретація, аналогія, узагальнення на рівні встановлення закономірностей;
- *емпіричні:* спостереження, інтерв'ювання, метод Дельфі, комплекс методик включав у себе: 1) Методика «Психологічне вигорання»; 2) Методика діагностики професійної мотивації; 3) Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда; 4) методика «16-факторний особовий опитувальник» Р. Кеттелла; 5) Методика "Індекс життєвого стилю" (Life Style Index, LSI); 6) опитувальник «Шкала перфекціонізму».
- *статистичні:* кількісний та якісний аналіз емпіричних даних та їх узагальнення.

**Практичне значення** роботи полягає в розробці комплексу методик, що дозволяють виявити особистісні детермінанти професійного вигорання медичних фахівців, а також в розробці тренінгів профілактики та корекції професійного вигорання медичних фахівців. Одержані результати можуть бути використані в професійній діяльності фахівців, а також закладів охорони здоров'я.

**Експериментальна база дослідження.** Емпіричне дослідження проводилось в Комунальне підприємство «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» Хмельницької міської ради.

**Апробація результатів дослідження** відбувалась шляхом публікації статті «Профілактика професійного вигорання як чинник збереження психічного здоров'я фахівців» та матеріалів конференції «Теоретичні аспекти дослідження проблеми професійного вигорання. The 8th International scientific and practical conference "Distance learning in universities and modern problems" (November 07-10, 2024) Budapest, Hungary. International Science Group. 2024.c.260-264».

**Структура роботи містить** вступ, два розділи, висновки, перелік джерел посилання 56 найменувань, загальний обсяг сторінок 86.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

### 1.1 Проблема професійного вигорання в науково психологічній літературі

Дослідження поняття «вигорання» на сьогоднішній день набувають нової актуальності в аспекті вивчення його проявів у різних професійних групах [1-7]. Вигорання негативним чином позначається на особистості фахівця, на його професійній діяльності.

Сам феномен має тривалу історію теоретичних та емпіричних досліджень у зарубіжній та вітчизняній літературі. Водночас, у дослідників відсутня єдина думка щодо понятійного апарату вигорання, де ключову роль грає визначення поняття «вигорання».

До вирішення цього питання можна підійти двома шляхами. Перший полягає в аналізі термінології, що використовується для позначення феномену вигорання. У вітчизняній літературі можна зустріти «синдром психічного вигорання» [8], «синдром професійного вигорання» [9], «емоційне згорання» [10], «синдром емоційного вигорання» [11], «психічне вигорання» [3, 12]. У зарубіжній літературі феномен вигорання позначається також різними термінами: *burnout*, *work-related stress*, *job-burnout*, *staff-burnout* [13]. Другий включає аналіз визначень поняття «вигорання», які дають автори на підставі емпіричних досліджень, що здається більш обумовленим.

Розглянемо спочатку визначення вигорання, представлені у зарубіжній літературі. Г. Фройденбергер [14] характеризує вигорання як деякий стан психічного та фізичного виснаження, що виникає під впливом професійної діяльності. Д. Боярле [15], визначає вигорання як повільно прогресуючий стан,

що характеризується зниженням психічних можливостей всередині професії, віку; виникненням невдоволення і наступним звільненням.

Згідно з трактуванням С. Maslach [13], вигоряння представляє собою психологічний синдром, який викликаний тривалою реакцією у відповідь на постійний емоційний та міжособистісний стрес у робочому середовищі. Він включає виснаження, цинізм та професійну неефективність. Вигоряння у цьому розумінні є відображенням значної неузгодженості між професією та працівником. Згідно з С. Maslach, «синдром вигоряння більшою мірою характеризує роботу людини, ніж її саму» [16, с. 34]. Це невелике, але важливе доповнення переміщує поняття «вигорання» з області особистості в область професії..

Як ще одне важливе доповнення для розуміння поняття «вигоряння» наведемо висловлювання, посилаючись на С. Maslach, який пише, що «відмінною особливістю позиції С. Maslach та її колег є акцентування уваги на професійному характері вигоряння та розгляді його як результат професійних проблем, а чи не як психіатричний синдром» [12]. Звідси ми можемо зробити висновок, що вигорання може спостерігатися, на думку авторів, тільки у психічно здорової людини.

Посилаючись на С. Maslach та С. Джексон, можна характеризувати компоненти вигорання наступним чином. Емоційне виснаження являє собою комплекс ознак емоційної втоми, «спустошеності» від хронічно переживаного напруження та стресу, що виникають у процесі професійних взаємодій з іншими людьми. Деперсоналізація виражається у явному негативному сприйнятті інших людей. Професійна неефективність проявляється у зниженні професійних знань і вмінь, звуженні спектра застосовуваних професійних навичок [16].

S. Woms [13] визначає вигоряння як психологічну реакцію, що виникає у відповідь на довготривале виснаження та зниження інтересу, що триває місяці та роки, до тих пір поки не стане явною.

У R. Senior [13] стверджує, що вигоряння це «проблема, яка є одночасно тілесною і екзистенційною, безладним згустком зовнішніх симптомів і особистісних розчарувань».

Згідно з визначенням А. Пайнс і Е. Аронсон [17], вигоряння є стан фізичного та психічного виснаження, яке виникає під впливом тривалого перебування у емоційно перевантажених обставинах.

Звертаючись до позиції А. Чиром, можна припустити, що на його думку, вигоряння представляє комплекс, що включає фізичне, емоційне та когнітивне виснаження (втома), де основним є емоційне виснаження, а доповнюють його елементи або наслідки поведінки (купування стресу), який веде до деперсоналізації, або безпосередньо когнітивно-емоційним вигоранням, що виявляється у редукції особистих досягнень (деформації оцінки особистих можливостей). І те й інше виражається в «деформації особистості» і «має безпосередній вплив на її соціальне здоров'я» [13, с. 45].

Також можна навести визначення вигоряння за К. Кондо, який вважає, що вигоряння є наслідком виробничих стресів і проявляється як "процес дезадаптації" до робочого місця або своїх обов'язків. Головною причиною К. Кондо вважає «надмірне робоче навантаження», пов'язане з ситуаціями, де переважають напружені міжособистісні стосунки [13, с. 48].

С. Cherniss [18] характеризує вигоряння з погляду процесу негативної трансформації професійної поведінки, що виникає через стресовий характер робочого середовища.

З точки зору А. Ленг [19], вигоряння являє собою прояв неекзистенційної установки щодо життя, що є фундаментальним і призводить до дефіцитарної симптоматики в соматичному та психічному аспекті. Причому дана симптоматика, на думку автора, є захисною функцією для усунення можливостей наступного розвитку неекзистенційної установки.

Наразі в українській фаховій літературі використовують кілька варіантів перекладу англійського терміна «burnout», серед яких: «емоційне вигорання», «емоційне перегорання», «емоційне згорання», «емоційне виснаження»,

«психічне вигорання», «синдром професійної деформації», «синдром емоційної (професійної) деформації», «професійне вигорання». Таке термінологічне різноманіття сприяло виникненню численних теорій професійного вигорання, що створює потребу у визначенні теоретичних концепцій цього феномена.

О. Громцева, у статті, яка присвячена уявленням про професійне вигорання медичних працівників та дослідження його феноменології, подає узагальнення численних теорій професійного вигорання (рис. 1).

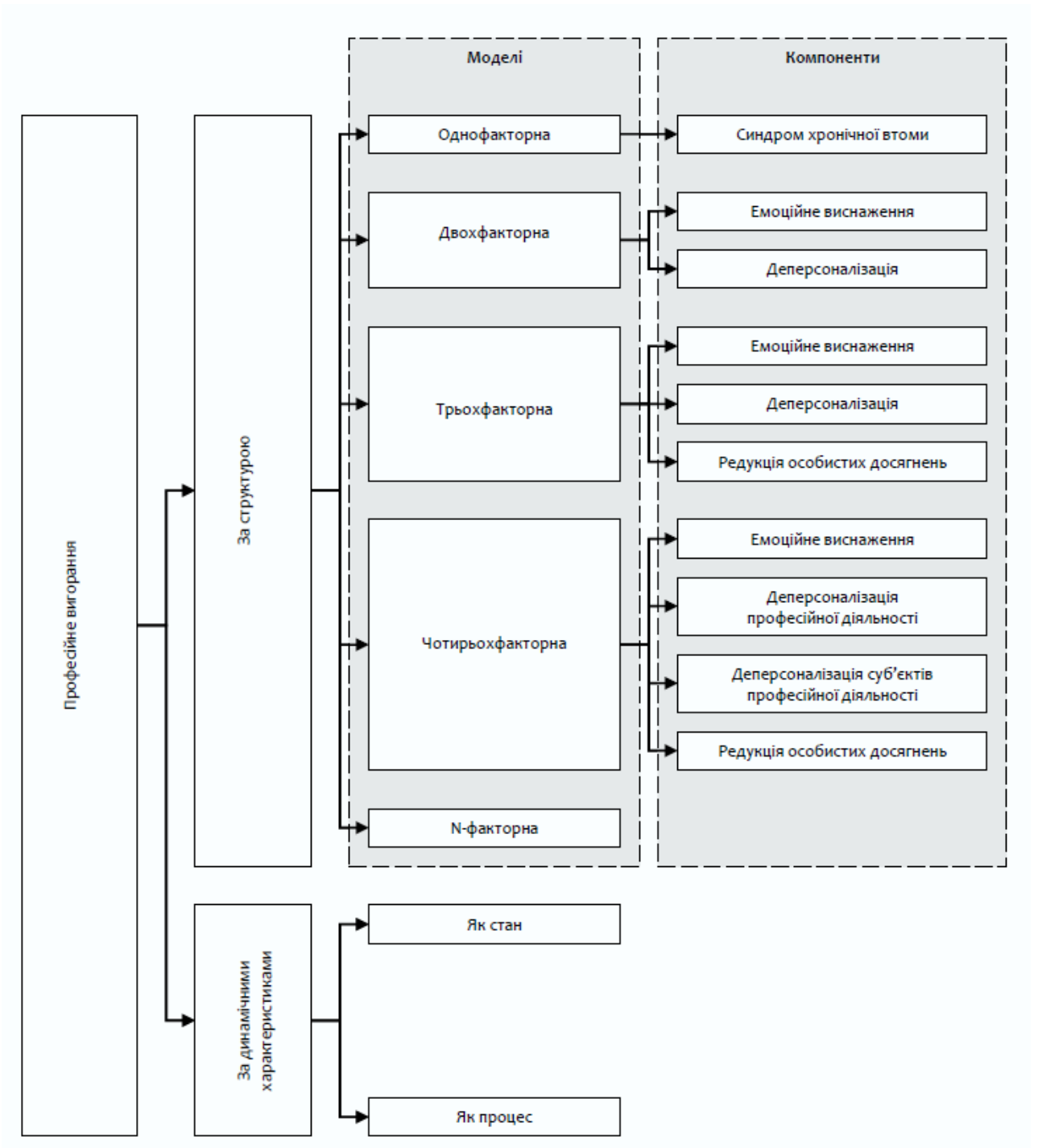


Рисунок 1.1 – Концептуальні моделі професійного вигорання

Основна теорія, яка пояснює професійне вигорання, базується на однофакторній моделі, де цей стан розглядається як синдром хронічної втоми. Верифікація визначень цього синдрому дозволяє виділити наступні характеристики. Л. Кузнєцова, В. Фролов і М. Пересадін відзначають, що синдром хронічної втоми характеризується надмірною та важкою втомою.

Незважаючи на те, що ця проблема досить широко висвітлюється, синдром хронічної втоми все ще залишається недостатньо вивченим станом, який вперше був описаний А. Ллойдом та іншими у 1984 році в статті «Immunological abnormalities in the chronic fatigue syndrome» (Lloyd, Wakefield, Boughton, & Dwyer), а пізніше, у 1989 році, Д. Бухвальдом у статті «The post infectious chronic fatigue syndrome: laboratory abnormalities». На думку Л. Кузнєцової, В. Фролова та М. Пересадіна [14], ознаками синдрому хронічного вигорання є хронічна втома, яка не зникає навіть після відпочинку і поступово призводить до значного зниження як розумової, так і фізичної працездатності. У дослідженні А. Корнєєва та Н. Арцимовича синдром хронічної втоми описується як тривала та важка втома, що виникає без очевидної м'язової слабкості [14].

Відмінно від G. Freudenberger, автори однофакторної моделі емоційного вигорання Pines & Aronson запропонували більш широке визначення цього стану. Вони включили до нього фізичні симптоми і підкреслили, що емоційне вигорання не обмежується лише місцем роботи працівника. Вони описують вигорання як стан фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, спричинений тривалим перебуванням у емоційно напружених ситуаціях.

Дослідники приділяють особливу увагу зв'язку між мотивацією і «вигоранням». Зокрема, мотиви трудової діяльності, такі як задоволення від заробітної плати, відчуття важливості і необхідності на роботі, кар'єрний ріст, особистісний розвиток, самостійність і рівень контролю з боку керівництва тощо. Як зазначають, прямого зв'язку між синдромом «вигорання» і рівнем заробітної плати не було виявлено. Проте незадоволеність кар'єрним ростом та потреба в підтримці з боку керівництва виявилися більш тісно пов'язаними з розвитком синдрому «вигорання». Також було відзначено, що робота в силових структурах може бути віднесена до професій, що потребують значного емоційного навантаження, високої відповідальності і мають нечіткі критерії успіху, тому представники цих професій найбільш схильні до синдрому вигорання.

Згідно з думкою авторів однофакторної моделі, емоційне вигорання може проявлятися як у межах професії, так і за її межами. У 1994 році голландські дослідники Van Dierendonck, Schaufeli, & Sixma розробили двохфакторну модель емоційного вигорання на основі досліджень серед медсестер [14]. Відповідно до цієї моделі, синдром емоційного вигорання складається з двох основних компонентів: емоційного виснаження та деперсоналізації. Емоційне виснаження, яке отримало назву «афективного» компонента, пов'язане зі скаргами на здоров'я, фізичний стан, нервові напруження і емоційне виснаження. Другий компонент, деперсоналізація, названий «установчим», стосується негативного ставлення як до інших, так і до себе.

Ще одним варіантом двохфакторної моделі є модель Е. Maher, і К. Kondo. У рамках цієї моделі професійні аспекти почали розглядатися як важливі поряд з психофізіологічною конструкцією, яка включає енергійність, гнучкість і емоційність. Синдром «емоційного вигорання» визначається як форма дезадаптації до робочого середовища через надмірне робоче навантаження і порушення міжособистісних відносин. Це визначення узгоджується з припущенням К. Kondo, що «трудоголіки», які альтруїстично і надмірно інтенсивно працюють з людьми, «вигорають» швидше. Така емоційно напружена робота, що супроводжується значним витрачанням психічної енергії, може призводити до психосоматичної втоми та емоційного виснаження, що викликає тривогу, дратівливість, зниження самооцінки, прискорене серцебиття, задишку, шлунково-кишкові розлади, головний біль, знижений тиск і порушення сну [14].

Вплив стресогенних факторів, що спричиняють «емоційне вигорання», охоплює значний спектр професій, і, як зазначають Е. Maher і К. Kondo, особливу увагу слід приділяти міжособистісним взаємовідносинам між співробітниками і клієнтами. Вони виділяють дві групи ризику, що сприяють емоційному вигоранню: К. Kondo підкреслює значущість клієнтів соціальних служб, які постійно взаємодіють з агресивними і конкурентними

співробітниками цих служб, а Е. Махер визначає працівників доміантного типу з низькою емпатією як другу групу ризику [14].

У 1976 році К. Maslach, розглядаючи проблему емоційного вигорання, опублікувала статтю в журналі «Human Behavior» та запропонувала термін «burnout» як аббревіатуру для процесу виснаження і знесилення, супроводжуваного відчуттям власної непотрібності. З того часу проблема емоційного вигорання стала все більш актуальною і глибоко вивченою. Спочатку дослідження були зосереджені на медичних працівниках, але згодом вони охопили вчителів, вихователів, менеджерів, поліцейських та інших професіоналів, які мають справу з обслуговуванням інших людей. Перша книга К. Маслач «Розуміння вигорання: стрес на роботі та вигорання» стала важливим внеском у цю сферу. Найбільше розповсюдження отримала трьохфакторна модель емоційного вигорання, описана у 1982 році американськими психологами К. Маслач та її колегами Jackson, & Leiter, а також Perlman, & Hartman [14].

О. Полякова зазначає, що подальші дослідження професійного вигорання являють собою модифікації існуючих моделей. Наприклад, у 1981 році Е. Іваніцький і Р. Шваб, а у 1985 році Frith, & Mims розробили чотирьохфакторну модель емоційного вигорання. Ця модель включає один з компонентів, деперсоналізацію, яка розглядається з двох аспектів: по-перше, як негативне ставлення до професійної діяльності, і, по-друге, як негативна реакція на взаємодію з реципієнтами. Таким чином, модель є чотирьохмірною конструкцією, що об'єднує емоційне виснаження, деперсоналізацію в межах професійної діяльності, деперсоналізацію по відношенню до суб'єктів професійної діяльності та зменшення персональних досягнень [14].

Концепція вигорання, заснована на діагностичних інструментах Широм-Меламеда, також відображає полікомпонентну структуру професійного вигорання, що включає фізичну втомлюваність, емоційне виснаження і когнітивну втому [14].

Досліджуючи феномен професійного вигорання з системного підходу, В. Орел і Т. Большакова підкреслюють, що симптоми професійного вигорання не є абсолютно незалежними один від одного, а є взаємозалежними та взаємовпливовими, формуючи складні ієрархічні структури, які можна назвати факторами вигорання. Тому, на думку авторів, аналіз проблеми професійного вигорання слід проводити з урахуванням всіх рівнів: емоційних, когнітивних, мотиваційних, поведінкових і соматичних проявів [14].

Ці фактори мають різну роль у формуванні професійного вигорання і варіативність. Наприклад, ключовим фактором у синдромі професійного вигорання є емоційна складова – емоційне виснаження, яке має велику структурну вагу, але менший ступінь варіативності. Воно менш чутливе до впливів чинників професійного середовища і специфіки професії.

Наукова література також розглядає феномен професійного вигорання через динамічні моделі, окремо акцентуючи увагу на результативній стороні або процесуальному характері вигорання. У рамках першого підходу професійне вигорання визначається як комплекс незалежних симптомів, що об'єднуються в більші блоки, які можна оцінити. З точки зору принципу єдності результативної і процесуальної сторін будь-якого психічного явища, професійне вигорання можна розглядати як стан з певною виразністю його структурних компонентів, що відображає результати змін, пов'язаних із певною особистістю.

Процесуальні моделі емоційного вигорання розглядають його як динамічний процес, що розвивається в часі і має певні фази або стадії. Вони описують розвиток вигорання як процес зростання емоційного виснаження, що призводить до негативних установок щодо суб'єктів професійної діяльності. Професіонал, що стикається з вигоранням, намагається створити емоційну дистанцію як спосіб подолання виснаження, а також розвиває негативну установку до своїх професійних досягнень (редукція професійних досягнень). Таким чином, процесуальний підхід розглядає професійне вигорання як стадіальний процес професійного розвитку.

Процесуальна модель професійного вигорання, описана Perlman, & Hartman у 1982 році, акцентує увагу на динамічному характері синдрому. За цією моделлю, вигорання є процесом, що наростає з часом. На першій стадії умови адаптації викликають напругу, яка не припиняється до другої стадії, де напруга досягає стресового рівня. Третю стадію супроводжують реакції основних трьох класів (фізіологічні, афективно-когнітивні, поведінкові) з відповідними соматичними проявами. Четверта стадія представляє собою емоційне вигорання як складний досвід хронічного психологічного стресу. Як негативний наслідок психологічного стресу, вигорання проявляється як фізичне і емоційне виснаження [14].

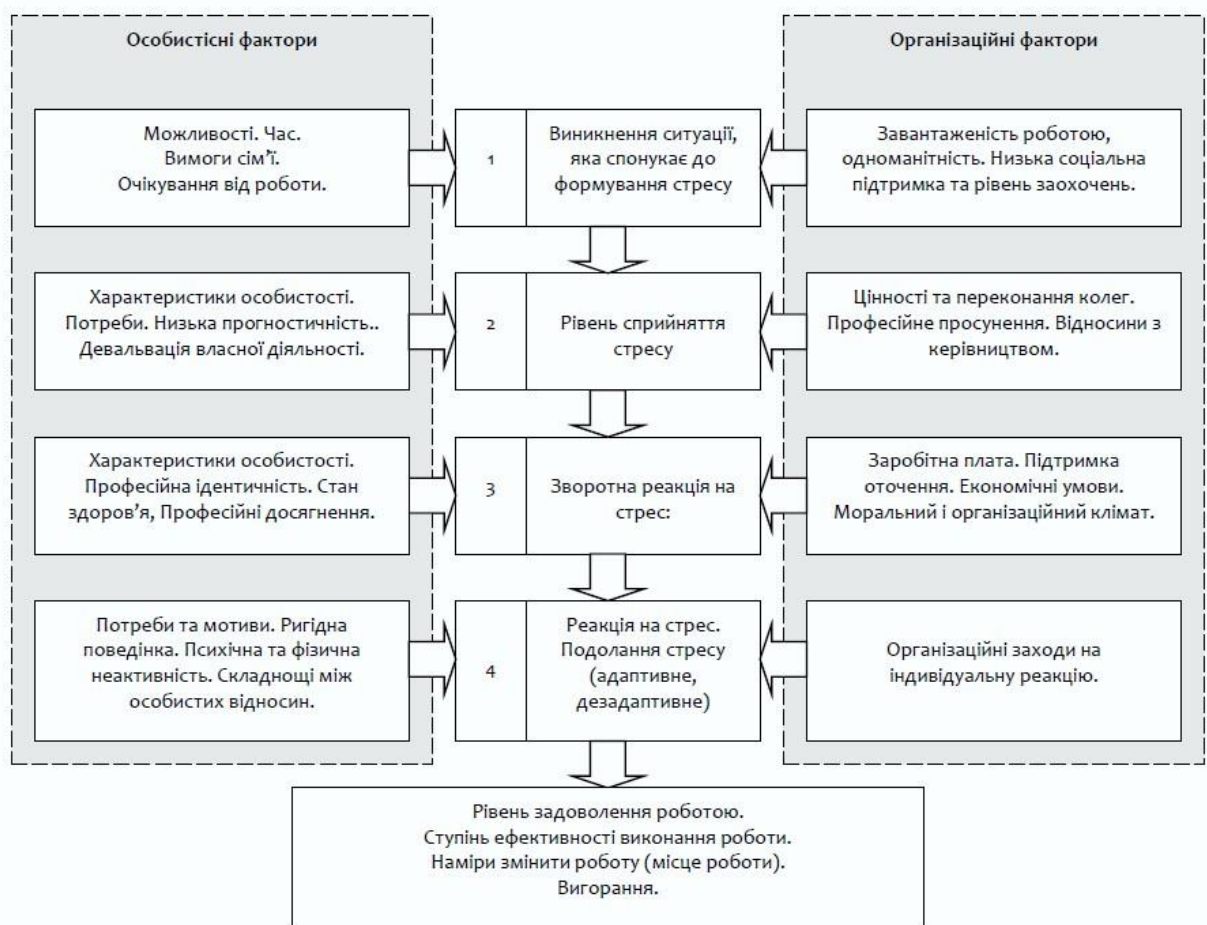


Рисунок 1.2 – Модель розвитку професійного стресу та професійного вигорання за Б. Перлманом та Е. Хартманом

Професійне вигорання виникає внаслідок хронічного стресу середньої інтенсивності, коли ефективні стратегії подолання не застосовуються. Це супроводжується змінами в кількох сферах:

- Фізіологічні функції: проявляється у вигляді фізичного виснаження, зниження психофізіологічних ресурсів та інших подібних симптомів.

- Афективно-когнітивні функції: спостерігається зосередження на ірраціональних чи асоціальних установках, дезадаптивні копінг-стратегії, емоційне виснаження, деморалізація та деформація особистості.

- Поведінкові реакції: відзначаються акцентуванням на певних типах поведінки, деперсоналізацією, дезадаптацією, зниженням мотивації та продуктивності праці.

Автори моделі вигорання також встановили зв'язок між адміністративними і управлінськими особливостями організацій та характеристиками їх персоналу. Дж. Грінберг описує професійне вигорання як прогресуючий процес, що проходить через п'ять стадій:

1. Етап задоволення: спочатку працівник відчуває задоволення і ентузіазм, але з часом професійна діяльність приносить усе менше задоволення, а енергія знижується.

2. Етап "недостатності пального": виникає втома, апатія і проблеми зі сном. Без додаткового стимулювання працівник швидко втрачає інтерес до роботи, продуктивність знижується.

3. Етап хронічних симптомів: постійне перевантаження без відпочинку призводить до фізичного виснаження, хронічної дратівливості, злості та почуття нестачі часу.

4. Етап кризи: розвиток хронічних захворювань веде до часткової або повної втрати працездатності. З'являється незадоволення від роботи і життя.

5. Етап "прибивання стіни": фізичні та психологічні проблеми стають гострими, що може загрожувати кар'єрі людини.

М. Буріш описує розвиток професійного вигорання через кілька фаз, де спочатку відбувається надмірне витрачання енергії для мотивації, потім з'являється втома і розчарування, що призводить до відчуття безглуздості життя. Д. Едельвич та Р. Бродські, а також К. Маслач з колегами виділяють етапи розвитку вигорання, які описують його формування та ступінь тяжкості [14]. Дж. Катц і колеги визначають вигорання як прогресуючу втрату ідеальних очікувань і енергії внаслідок умов роботи. Д. Етзін підкреслює, що вигорання починається непомітно, і людина може раптово відчувати загальне виснаження. К. Маслач виділяє три стадії вигорання: початкову, коли відзначаються незначні симптоми; середню, з зниженням інтересу і появою соматичних симптомів; та стадію повного особистісного вигорання, яка характеризується емоційною байдужістю та відчуттям постійного виснаження. П. Бріл визначає вигорання як стан, що характеризується дисфоричними симптомами та зниженням досягнень на роботі через нездійснені очікування. А. Ленглі розглядає вигорання як затяжний стан виснаження, що має внутрішній розвиток, впливаючи спочатку на самопочуття, а потім на рішення і дії людини [14].

На основі аналізу наукових публікацій та власних досліджень слід відзначити, що синдром професійного вигорання займає важливе місце в соціально-економічних дослідженнях. Узагальнення цих досліджень дозволяє розглядати професійне вигорання як специфічний стан людини, що є результатом професійних стресів. Отже, професійне вигорання можна визначити як складний психофізіологічний феномен, який включає емоційне, когнітивне та фізичне виснаження через тривале емоційне навантаження. Це проявляється в депресивному стані, відчутті втоми та спустошеності, браку енергії та ентузіазму, а також у втраті здатності бачити позитивні результати своєї роботи і негативному ставленні до роботи та життя загалом.

## **1.2 Психологічні особливості професійно-особистісного розвитку медичних фахівців**

Трансформації у різних аспектах життя сучасної людини привертають увагу дослідників до проблематики професійного життя в його різних проявах. Актуальність вивчення цієї теми пояснюється тим, що, з одного боку, професійна діяльність сучасної людини є рушійною силою суспільного розвитку, а з іншого – професійна сфера є ключовою у визначенні специфіки життєдіяльності особистості. Професійна діяльність сприяє особистісному розвитку, надає життю певний сенс, створює умови для самореалізації та визначає характер життєдіяльності людини [14]. В умовах реформування сучасної медичної системи особливо актуальною стала проблема дослідження професійної діяльності фахівців медичної галузі. Це підтверджується зростанням кількості хворих, зміною характеру захворювань та важливістю впровадження нових стандартів надання кваліфікованої медичної допомоги. Виникає необхідність узгодження об'єктивних професійних вимог до сучасного медичного фахівця з його суб'єктивними особливостями та можливостями.

Аналіз наукової літератури щодо дослідження особистісного потенціалу в професійній діяльності виявив відсутність єдиного підходу, а також висвітлення лише окремих аспектів цієї теми в освітній системі (Ю. Колісник-Гуменюк, С. Максименко, А. Москальова, С. Ситнік) [14]. Огляд літератури показав, що ряд авторів у своїх роботах звертають увагу на вивчення особистісного потенціалу в професійній діяльності та визначають його наступним чином: професійна взаємодія, що виявляється у формі спільної діяльності, спілкуванні, співпереживанні через професійну самореалізацію – прагнення до розкриття і розвитку професійних можливостей; інтегральна система характеристики індивідуально-психологічних особливостей особистості, яка є основою здатності діяти на основі стійких внутрішніх критеріїв і орієнтирів, зберігаючи стабільність діяльності; система внутрішніх відновлювальних ресурсів людини, що проявляється у діяльності, спрямованій на досягнення соціально значущих результатів; динамічна психологічна

система, яка прагне до сталого досягнення цілей, дозволяючи перевищувати звичайні показники діяльності завдяки накопиченому особистісному ресурсу на шляху до досягнення вершини майстерності [14].

У процесі професійної діяльності медичні фахівці часто стикаються з ситуаціями, коли їхні уявлення про цілі діяльності, здібності та можливості не відповідають реальності, в якій вони опиняються. Це може траплятися через недостатній рівень знань, навичок і вмінь, недостатню орієнтацію в можливих шляхах професійного зростання або нездатність використовувати особистісні характеристики як ресурси для професійного розвитку. Тому осмислення стану та тенденцій професійного розвитку медичних фахівців стає особливо важливим. Висока соціальна значущість медичної діяльності підкреслює необхідність психологічного аналізу професійного розвитку медичних працівників. Рівень професіоналізму у наданні кваліфікованої медичної допомоги значною мірою залежить від готовності медичних фахівців до професійного розвитку, тобто самопізнання та самовдосконалення.

Аналіз психологічної літератури свідчить про зростаючий науковий інтерес до вивчення психологічних особливостей розвитку медичних фахівців. Зарубіжні та українські вчені розглядають такі питання: теоретико-прикладні аспекти професійного становлення особистості (К. Абульханова-Славська, Е. Зеер, Є. Клімов, Т. Кудрявцев, Е. Симанюк, В. Шандріков); процес самовдосконалення та його вплив на ефективність професійної діяльності (Н. Брагіна, О. Діденко, І. Донцова, Ю. Орлова, Л. Рувинський); професійний розвиток медичних фахівців і їх професійна спрямованість (О. Горай, І. Кузнецова, О. Неловкіна-Берналь, Я. Цехмістер); професійна готовність медичних працівників (Г. Балл, О. Дубасенюк, Н. Кузьміна, Н. Побірченко); стан сформованості готовності до професійного самовдосконалення (Л. Дуднікова, К. Соцький, І. Кагітіна, О. Шушляпін).

Значний внесок у розуміння психологічних аспектів професійного розвитку медичних фахівців зробила Б. Ясько, яка розробила концепцію професійно-особистісного розвитку медичних працівників як суб'єктів

діяльності. У своїх роботах вона підкреслює, що включення медичного працівника в процес безперервного професійного розвитку потребує високого рівня особистісної активності [14]. Багато досліджень присвячено аналізу індивідуально-психологічних особливостей медичних фахівців (Є. Бондарев, Г. Караванов, В. Коршунова, С. Максименко, К. Платонов). Вивчались окремі аспекти розвитку медичних фахівців у процесі виконання професійних обов'язків, зокрема: проблеми психології взаємодії лікаря і пацієнта (Л. Бурлачук, І. Вольперт, М. Ельштейн, В. Ніколаєнко); особливості професійної діяльності медичних працівників (І. Вітенко, М. Кабанов); специфіка формування професійної компетентності (М. Тимофєєва, О. Юдіна), та питання розвитку ціннісного ставлення до власного професіоналізму (М. Дьоміна).

Важливий теоретичний контекст для аналізу професійного розвитку медичних фахівців створили роботи В. Піскуна та І. Тилевича. Вони запропонували психограму медичного працівника, яка описує вимоги професії до окремих психічних функцій і якостей людини, а також розкриває характеристики, що впливають на результативність діяльності медичних працівників [14].

Проте багато аспектів професійного розвитку медичних фахівців залишаються недостатньо вивченими як в теоретичному, так і в методологічному плані. У науковій літературі накопичено значний теоретико-експериментальний матеріал щодо розвитку фахівців різних професійних сфер, визначено поняття «професійний розвиток», проаналізовано його зміст і структуру, а також умови, що впливають на його динаміку та характер. Проте проблема психологічних особливостей професійного розвитку медичних фахівців залишається поза увагою науковців, особливо в контексті євроінтеграції національної медичної системи. Причинами порушення технологій надання медичної допомоги, появи несприятливих результатів у медичній практиці та недотримання професійних обов'язків часто є низький

рівень кваліфікації, обумовлений недостатнім рівнем професіоналізму сучасних медичних фахівців [14].

Фундаментальні та прикладні дослідження професійного розвитку медичних фахівців повинні зосереджуватися на виявленні та обґрунтуванні психологічних особливостей формування професіоналізму сучасних медичних працівників.

Професійне становлення лікаря є тривалим процесом, що має на меті розвиток професіоналізму, формування ключових компетенцій, індивідуальних якостей і методів виконання професійних обов'язків у контексті професійної освіти та діяльності. Професіогенез неможливий без активної участі самого фахівця, тому формування психологічних аспектів саморегуляції особистості лікаря є необхідною умовою для його професійного самоздійснення.

Аналізуючи психологічні аспекти саморегуляції професійного розвитку лікаря та спираючись на відповідні концепції, зокрема дослідження І. Демченко, І. Мельника, Т. Скалозуба, Т. Теличко та інших, зосередимо увагу на психологічному розвитку як важливому чиннику особистісного розвитку фахівця, що визначає шляхи підвищення ефективності його професіогенезу. Розвиток особистості лікаря включає не лише здатність до самореалізації та самовдосконалення, але й можливість керувати своїм професійним розвитком. Відтак, здатність до самореалізації, самовдосконалення та саморегуляції професійного зростання є ключовими особливостями розвитку особистості лікаря [14].

Професійне становлення особистості лікаря, з нашої точки зору, тривалий процес, який має на меті розвиток професіоналізму, передбачає формування професійно важливих компетенцій, індивідуальних властивостей та способів виконання професійних обов'язків у процесі професійного самоздійснення в умовах професійної освіти та діяльності. Професіогенез неможливий без активності та участі особистості фахівця, а тому формування психологічних складових саморегуляції особистості лікаря є умовою для

професійного самоздійснення. Аналізуючи психологічні особливості саморегуляції професійного розвитку лікаря, спираючись на відповідні концепції щодо професійної діяльності та особистісного розвитку, зокрема професійного розвитку лікарів (праці І. Демченко, І. Мельник, Т. Скалозуб, Т. Теличко та ін.), сфокусуємо наше дослідження на понятті про психологічний розвиток, оскільки він є важливим у особистісному розвитку фахівця та визначає напрями підвищення ефективності його професіогенезу [14]. Так, під розвитком особистості лікаря розуміємо не лише здатність до самореалізації, самовдосконалення, а й можливість до саморегуляції власного професіогенезу. Саме через це в якості закономірностей і особливостей розвитку особистості лікаря виділяємо здатність до самореалізації, самовдосконалення, можливість керувати своїм власним професійним розвитком.

В умовах сучасної діяльності медичних фахівців їх професійний розвиток має бути більш складним і цілеспрямованим процесом, ніж просте прагнення до власних цілей. Це вимагає аналізу та обґрунтування психологічних аспектів створення нової моделі розвитку, орієнтованої на професійну ефективність. Сучасний медичний фахівець повинен мати розвинену діяльнісну самосвідомість, яка включає усвідомлення власних професійних змін як суб'єктивно можливих і важливих для надання якісної медичної допомоги.

Ключовим аспектом суб'єктності медичного фахівця є його здатність створити власну модель професійного розвитку, яка включає систему професійних орієнтирів і внутрішніх стимулів до розвитку. Ця орієнтація є складним психологічним утворенням, що поєднує як усвідомлені професійні цінності та ідеї, так і несвідомі або не повністю усвідомлені мотиви, які фахівець переживає на емоційному рівні. Вона визначає напрямок і сферу професійного зростання, і можливість такого вибору залежить не лише від рівня професіоналізму та медичної культури фахівця, а й від загального стану та перспектив розвитку медичної сфери в країні. Цей вибір має індивідуальний характер і доступний лише тим медичним фахівцям, у яких оптимально

співвідносяться ідеальне і реальне "Я", а також є високий рівень психологічної та професійної спрямованості [14].

Виділяючи ключові психологічні складові професійного становлення лікаря, варто відзначити декілька важливих аспектів. По-перше, це спрямованість особистості, яка включає мотиви, ціннісні орієнтації, соціально-професійний статус тощо. По-друге, професійна компетентність, що охоплює сукупність знань, умінь, навичок та методів виконання професійних завдань. По-третє, професійно важливі якості, необхідні для ефективної діяльності. По-четверте, саморегуляція, яка забезпечує професійне самоздійснення.

Однією з важливих проблем індивідуального професійного розвитку медичних фахівців є питання професійної спрямованості, самовизначення та саморегуляції професійного становлення. На нашу думку, психологічна модель саморегуляції професійного розвитку та формування компетенцій полягає у постійному підвищенні рівня знань, удосконаленні професіоналізму, розвитку креативності та самовдосконаленні впродовж життя. Саморегуляція, як цілісна система психічних засобів, що дозволяє фахівцю керувати своєю активністю, стає життєво необхідною.

Канадський психолог А. Бандура розглядає саморегуляцію в рамках соціально-когнітивної теорії та теорії соціального навчання. Він вважає, що поведінка визначається не лише впливом середовища, але й самим індивідом, який здатен контролювати свою поведінку через процес саморегуляції [14].

Проблема саморегуляції людської діяльності стала однією з ключових тем у сучасній психологічній науці. Її досліджували такі українські науковці як І.М. Захарова, К.В. Злоказов, О.В. Зобков, Н.О. Киселевська, Т.В. Кириченко, О.О. Конопкін, В. Іванніков та інші. Важливий внесок у дослідження цієї проблематики зробили представники вікової та педагогічної психології. Залежно від визначення змісту саморегуляції та наукових цілей, увага концентрується на різних аспектах цього процесу. Наприклад, Г. Нікіфоров розглядає саморегуляцію як діяльність, спрямовану на

підтримання системи в стані, що дозволяє досягати життєвих цілей. Ефективність саморегуляції пов'язана з рівнем особистісного розвитку [14].

Таким чином, незважаючи на тривалу історію дослідження проблеми саморегуляції, вона залишається складною, багатовимірною і неоднозначною, особливо коли мова йде про саморегуляцію професійного розвитку медичних фахівців.

Дослідження психологічних аспектів професійного розвитку лікаря виявляє кризові моменти в особистісній ідентичності фахівця на різних стадіях професіогенезу, особливо під час професійної підготовки, коли змінюються уявлення про свою роль у професії. Отже, психологічний супровід у процесі професійного становлення лікаря є важливим, адже він допомагає не лише у визначенні свого місця в професії, а й у регуляції професійного розвитку. Психологічний супровід на різних етапах підготовки сприяє розвитку самосвідомості, рефлексії, самоаналізу, а також формуванню навичок ефективної міжособистісної взаємодії в лікувально-діагностичному процесі [14].

Вибір напрямку та сфери професійного розвитку є динамічним процесом, який не завжди є чітко визначеним і стабільним. Це часто супроводжується сумнівами або дезорієнтацією серед фахівців медичної сфери. В основному можна виділити три ключові підходи до визначення вибору напрямку професійного розвитку: ситуаційний, загальний і індивідуально-психологічний. Ситуаційний підхід передбачає, що діяльність фахівця є реакцією на конкретні ситуації в наданні медичної допомоги. Загальний підхід фокусується на аналізі взаємозв'язків між стандартними та індивідуальними виборами в медичній практиці, залежно від стану медичної сфери. Індивідуально-психологічний підхід зосереджується на тому, що особистісні психологічні якості визначають вибір напрямку професійного розвитку.

Вибір професійного розвитку – це не одноразова дія, а постійний процес, що може змінюватися та коригуватися з часом. Професійний розвиток

фахівця часто пов'язаний з ідентифікацією своєї діяльності із конкретними видами медичної допомоги.

Формування власної моделі професійного розвитку включає мобілізацію знань, фізичних і особистісно-функціональних елементів діяльності. Це передбачає як розробку концепції професійного зростання, так і включення особи в процес професійного розвитку. Розробка концепції професійного розвитку починається з формулювання ідеї, що забезпечить професійне зростання. Це важливий етап, який виявляє особистісні та професійні якості фахівця. Перетворення концептуальної ідеї в систему професійних цілей дозволяє зосередити зусилля в одному напрямку і встановити принципи оцінки результатів діяльності [14].

Модель професійного розвитку повинна акцентувати зв'язок між мотивами, цілями, засобами і результатами діяльності та особистісними характеристиками фахівців. На основі цього аналізу можна виділити дві групи моделей: перша описує зв'язок між показниками діяльності та особистісними характеристиками, друга – стратегічну орієнтацію. У першій моделі фахівці медичної сфери можуть вибрати два основних зразки діяльності: орієнтований на якість медичної допомоги та орієнтований на швидкий розвиток. Вибір моделі залежить від особистих характеристик і індивідуальних особливостей фахівця.

Досягнення високого рівня професійного розвитку медичних фахівців можливе завдяки сформованості професійних інтересів, зміцненню професійних позицій і наявності професійного іміджу. Професійні інтереси сприяють формуванню багатогранних професійних установок, що веде до відповідального підходу до створення власної моделі розвитку. Відповідальне ставлення до професійного розвитку характеризується здатністю і можливістю фахівців свідомо та цілеспрямовано дотримуватися вимог і вирішувати завдання для досягнення професійних результатів [14].

Концептуальна модель професійного розвитку медичних фахівців передбачає інтеграцію інноваційних елементів у діяльність, зміну традиційних

форм надання медичної допомоги та акцент на безперервному професійному зростанні. Рівень професійного розвитку залежить не тільки від індивідуальної сформованості та кваліфікації, а й від умов середовища, перспектив змін у медичній сфері та можливостей для реалізації власного професійного потенціалу. Професійний розвиток має індивідуальний характер, де особистісна позиція є ядром психологічної готовності до професійного зростання та проявляється у вільному волевиявленні під час професійного розвитку.

Концептуальна модель професійного розвитку включає важливість професійного мислення, яке допомагає виділити та оцінити професійно важливі цілі і цінності; аналітичну здатність до пошуку шляхів розвитку; і усвідомлення попиту на кваліфіковану медичну допомогу. Взаємозв'язок між професійно-орієнтованою діяльністю та свідомістю веде до формування індивідуального стилю розвитку, що містить когнітивний, мотиваційний та поведінковий компоненти [14].

Наявність інтересів як у професійному розвитку, так і в потребах пацієнтів визначає те, що цивілізовані суспільства пишаються успіхами медичних фахівців, а самі фахівці прагнуть реалізувати інноваційні ідеї у наданні медичної допомоги. У медичній сфері високо цінується професійний потенціал, прагнення до розвитку і самоактуалізації. В умовах соціальних трансформацій, компоненти тріади «фахівець – медицина – пацієнт» набувають нових значень. Однак інертність деяких фахівців до безперервного розвитку часто призводить до сприйняття його як вимушеної обставини. Психологічні труднощі в процесі розвитку часто є реакцією на зовнішні перешкоди.

Кваліфіковані медичні фахівці повинні мати здібності освоювати нові можливості у наданні допомоги, бути мотивованими до безперервного розвитку і впевненими у безпеці своїх дій. Обов'язковими якостями є самостійність у прийнятті рішень і професійна відповідальність. Основними індикаторами мотивації є прагнення впроваджувати нові методи, гнучкість

мислення, постійне вдосконалення і розуміння місії фахівця у забезпеченні якості життя [14].

У процесі професійно-особистісного самовизначення та розвитку лікаря, психологічні бар'єри можна трактувати як суб'єктивно пережитий стан порушення планів на майбутнє, а також як дисбаланс у власному психічному стані. Напруженість, що може виникати під час практичної діяльності, залежить від конкретної ситуації для майбутнього лікаря і включає такі фактори:

- страх і тривожні переживання;
- несподівані обставини та ригідність;
- брак інформації;
- невпевненість у власних фахових знаннях.

Аналіз психолого-педагогічної літератури дозволяє виокремити психічні стани, що можуть передувати психічній напруженості особистості лікаря. Перш за все, це стан тривоги, який проявляється у вигляді невизначеного побоювання, тривожного очікування, незрозумілого занепокоєння, прихованого відчуття загрози тощо.

Підсумовуючи наведений матеріал, можна дійти висновку, що психологічні механізми професійно-особистісного розвитку лікаря є складною багаторівневою структурою здібностей, мотивів і цінностей. Враховуючи це, подальші дослідження у цій сфері можуть бути спрямовані на розробку креативної діяльності в умовах професійної роботи. Така діяльність здатна актуалізувати протиріччя між вимогами сучасної професійної діяльності та особистісним змістом, необхідним для становлення ідеального образу лікаря.

### **1.3 Психологічні чинники виникнення «синдрому вигорання» серед медичних фахівців**

У сучасному суспільстві змінюється ставлення до роботи. Люди втрачають впевненість у стабільності свого соціального і матеріального

становища, а також у гарантіях збереження робочого місця. Конкуренція за престижні та добре оплачувані посади зростає, відзначаються тенденції до вузької спеціалізації в професіях та одночасно до глобалізації в суміжних галузях. Ринок праці швидко змінюється, і рейтинг багатьох соціально важливих професій, таких як медичні працівники, знижується. Це призводить до зростання психічного та емоційного напруження, яке пов'язане зі стресом на робочому місці. Виявляються тривога, депресія, синдром емоційного вигорання, психосоматичні розлади та залежність від психоактивних речовин, включаючи алкоголь і транквілізатори.

Зростає стурбованість тим, що сама професія лікаря може сприяти розвитку негативних психічних станів. Це проявляється в розчаруванні в професії, деморалізації, наростаючій схильності залишити професію, погіршенні психічного та фізичного здоров'я лікарів, зниженні стабільності їхніх шлюбів, розвитку залежностей від психоактивних речовин і алкоголю, збільшенні схильності до суїцидів та росту професійних злочинів серед медичних працівників. Психологічні чинники та умови професійної діяльності лікарів формують не лише професійні вимоги, але й безпосередньо впливають на їхню особистість. Тим не менше, психологічні особливості професійної діяльності медиків, включаючи чинники, що впливають на її успішність, досліджені недостатньо.

Варто зазначити класифікацію особистостей, схильних до професійного вигорання, яку запропонував Дж. Фрейденберг [6]. Науковець виділяє такі типи:

- Гіпервідповідальний працівник: особа, яка повністю віддана роботі та має тенденцію брати на себе надмірні обов'язки. Це односторонній працівник, який настільки занурюється в роботу, що починає втрачати себе, не маючи часу на особисте життя, і в результаті відчуває незадоволеність життям.
- Авторитарний працівник: людина, яка покладається на свої повноваження для контролю інших, очікуючи повного підпорядкування від підлеглих, незважаючи на високі емоційні витрати.

- Трудоголік: професіонал, який більшу частину свого життя присвячує роботі, жертвуючи при цьому особистим життям.

Медичні працівники піддаються впливу різних несприятливих факторів робочого середовища та самого трудового процесу. До цих факторів належать: шкідливі хімічні речовини, біологічні агенти, іонізуючі випромінювання, шум, вібрація, канцерогени, висока нервово-психічна напруга, вимушене положення тіла під час роботи, перенапруження аналізаторів тощо. Однак не менш важливим є вплив психологічних чинників, які мають безпосередній вплив на психічний стан медичних працівників.

Психологічні чинники впливу:

1. Емоційний чинник. Робота практикуючих лікарів у сучасному світі передбачає велику емоційну насиченість. Ці емоції часто амбівалентні. З одного боку, лікарі можуть відчувати задоволення від успішного лікування та схвалення колег. З іншого боку, можливі почуття пригнічення через помилки в діагнозі, втома, напруженість діяльності та розчарування у професії.

2. Соціально-психологічний чинник. Вплив соціального статусу професії є значним. Часто лікарі можуть стикатися з невизнанням своїх заслуг, обмеженням свободи вибору напрямку наукового дослідження, або неповажним ставленням з боку пацієнтів. Представники більш престижних медичних спеціальностей зазвичай мають вищу заробітну плату і більше можливостей для професійного розвитку.

3. Особистісний чинник. Щоденні морально-етичні проблеми, з якими стикаються лікарі, впливають на їхній психічний стан. Лікарі, які беруть все близько до серця, частіше піддаються професійній деформації та емоційному вигоранню. Професійна деформація — це зміна рівня виразності професійно важливих якостей під впливом діяльності та індивідуально-психологічних особливостей особистості.

4. Чинник середовища. Значний вплив мають взаємини в колективі, прагнення до взаємодопомоги, раціональний графік роботи, можливість використовувати нові технології та прогресивні методи лікування. Все це

дозволяє лікарю почуватися комфортно і максимально розкрити свій потенціал.

Отож, на якість роботи лікарів впливають численні психологічні фактори, що залежать не тільки від взаємин між медичним працівником і пацієнтом, але й від атмосфери в колективі та соціального статусу професії. Тривале виконання лікарської діяльності призводить не тільки до вдосконалення певних професійних навичок, але й до несприятливих змін, таких як професійна деформація та емоційне вигорання, що може негативно позначитися як на особистості медичного працівника, так і на успішності його діяльності.

В. Орел розробив робочу схему факторів, що впливають на розвиток синдрому вигорання, як показано на рис. 1.1

<i><b>Індивідуальні чинники</b></i>	<i><b>Організаційні чинники</b></i>
<i>Соціально-демографічні характеристики</i>	<i>Умови роботи</i>
<i>Вік</i>	<i>Робоче перевантаження</i>
<i>Стать</i>	<i>Дефіцит часу</i>
<i>Рівень освіти</i>	<i>Тривалість робочого дня</i>
<i>Сімейний стан</i>	
<i>Стаж роботи</i>	
<i><b>Особистісні особливості</b></i>	<i>Зміст праці</i>
<i>Витривалість</i>	<i>Кількість клієнтів</i>
<i>Локус контролю</i>	<i>Гострота проблем клієнтів</i>
<i>Стиль опору</i>	<i>Глибина контакту з клієнтом</i>
<i>Самооцінка</i>	<i>Участь у прийнятті рішень</i>
<i>Тип поведінки А</i>	<i>Самостійність у своїй роботі</i>
<i>Нейротизм (тривожність)</i>	<i>Зворотний зв'язок</i>
<i>Екстраверсія</i>	
<i>Професійна мотивація</i>	<i><b>Соціально-психологічні</b></i>
<i>Ціннісні орієнтації</i>	<i>Рольовий конфлікт і рольова амбівалентність</i>
<i>Рівень домагань</i>	<i>Соціальна підтримка</i>
<i>Когнітивні процеси</i>	<i>Зворотний зв'язок</i>
<i>Здібності та інтелект</i>	

Рисунок 1.3 – Чинники, що здійснюють вплив на вигорання (за В.О. Орлом)

Дослідники, такі як Б. Перлман, Е. Хартман, і Т. Форманюк, виокремили три групи факторів, що впливають на розвиток синдрому вигорання у професіях типу «людина-людина»:

1. Особистісні чинники: екстраверсія та інтроверсія, реактивність, стать, вік, авторитаризм, рівень самоповаги, трудоголізм, реакції на стрес за типом А (стратегії подолання кризових ситуацій), рівень емпатії, мотивація, ступінь задоволення професією та професійним розвитком, стаж роботи та інші.

2. Рольові чинники: рольові конфлікти, рольова невизначеність, низький соціальний статус, рольові поведінкові стереотипи, відхилення від норм референтної групи, негативні гендерні установки, що обмежують права та свободи особистості.

3. Організаційні чинники: час, витрачений на роботу; невизначений або важко вимірюваний зміст трудової діяльності; робота, яка вимагає виняткової продуктивності та постійного підвищення професіоналізму; невизначена або недостатня відповідальність; характер керівництва, що не відповідає змісту роботи, та інші фактори.

Професійна деформація особистості — це зміни в якостях особистості, таких як стереотипи сприйняття, ціннісні орієнтації, характер, способи спілкування та поведінки, які виникають під впливом тривалого виконання професійної діяльності. Професійна діяльність формує специфічний професійний тип особистості внаслідок нерозривної єдності свідомості та діяльності. Найбільший вплив професійна деформація чинить на представників професій, де робота пов'язана з постійною взаємодією з людьми, таких як чиновники, керівники, працівники кадрових служб, педагоги, психологи. У цих професіях крайня форма деформації може проявлятися у формальному, суто функціональному ставленні до людей, що позначається на їхній здатності ефективно виконувати професійні обов'язки.

Медичні працівники також схильні до високого рівня професійної деформації. Тривале виконання медичної діяльності, постійний контакт із

хворими, необхідність прийняття відповідальних рішень, особливо у стресових ситуаціях, можуть призводити до змін у способах спілкування та поведінки медиків, а також впливати на їхні ціннісні орієнтації та ставлення до пацієнтів. Це може проявлятися у вигляді емоційної відстороненості, формалізації взаємодії з пацієнтами, що у свою чергу може негативно вплинути на якість надання медичних послуг. Відповідно, для зниження рівня професійної деформації важливо впроваджувати заходи, спрямовані на підтримку психологічного здоров'я медичних працівників, розвиток їхніх соціальних навичок, а також на забезпечення умов для професійного розвитку та самореалізації.

Г. Робертс, у своєму дослідженні професійного вигорання серед лікарів, виділив такі ознаки та симптоми цього явища:

- Зміни в поведінці: постійний погляд на годинник; посилення небажання йти на роботу; затримки з проведенням зустрічей з пацієнтами; часті запізнення; втрата креативності у вирішенні проблем; зусилля, спрямовані на роботу, стають неефективними; соціальна ізоляція та уникання колег; привласнення майна установи; збільшення споживання психоактивних речовин, таких як кофеїн і нікотин; нездатність знайти час для відпочинку та розваг; схильність до нещасних випадків.

- Зміни в емоціях: втрата почуття гумору або його вираження у вигляді чорного гумору; постійне відчуття невдачі, провини, гніву та розчарування; самозвинувачення; підвищена дратівливість як на роботі, так і вдома; відчуття переслідування; емоційне виснаження, байдужість, відчуття безсилля; використання деструктивних способів зняття стресу.

- Зміни в мисленні: нав'язливі думки про звільнення; нездатність зосередитися; ригідність мислення; підвищена підозрілість і недовіра; цинічне та негуманне ставлення до пацієнтів; зосередженість на власних потребах та виживанні.

- Зміни у здоров'ї: проблеми зі сном; часті, несерйозні, але тривалі хвороби; підвищена сприйнятливість до інфекцій; постійна втома та виснаження протягом дня; зростання психосоматичних розладів.

У дослідженні чинників вигорання виділяються три основні підходи:

1. Інтерперсональний підхід (Б. Бунк, В. Шауфелі, К. Маслач та ін.) – вважає, що вигорання детермінується міжособистісною взаємодією між професіоналом та суб'єктом діяльності.

2. Індивідуальний підхід (Л. Халлсен, С. Гобфул, Дж. Фріді, А. Пайнс) – акцентує увагу на особливостях емоційної та мотиваційної сфер особистості як ключових факторах вигорання.

3. Організаційний підхід (Р. Бурке, І. Віннабст) – визначає професійне середовище, його структуру, режим діяльності та стиль керівництва як основні причини вигорання.

Синдрому емоційного вигорання передуює етап підвищеної активності, коли людина повністю занурюється в роботу, ігноруючи інші потреби та забуваючи про власні. Першою ознакою вигорання є виснаження, яке проявляється у відчутті перенапруги, емоційного та фізичного виснаження, а також хронічної втоми, яка не зникає після нічного відпочинку. Після періоду відпочинку, як-от вихідних чи відпустки, ці прояви можуть тимчасово зменшуватися, проте повернення до робочих умов призводить до їх відновлення. Друга ознака вигорання – особистісна відстороненість. Професіонали, які страждають від вигорання, намагаються впоратися зі стресом, відсторонюючись емоційно від клієнтів, що призводить до зменшення співчуття. У крайніх випадках людина перестає емоційно реагувати на робочі ситуації – ні позитивні, ні негативні події не викликають у неї емоційного відгуку. Втрачається інтерес до пацієнтів, які починають сприйматися як неживі об'єкти, чия присутність може бути навіть неприємною. Третя ознака синдрому вигорання – відчуття втрати власної ефективності та зниження самооцінки. Людина перестає бачити перспективи

в своїй професійній діяльності, зменшується задоволення роботою, втрачається віра у власні професійні можливості.

Згідно з Є. Ільїним, існує три основні групи факторів, що впливають на розвиток емоційного вигорання: особистісні, рольові та організаційні. Б. Перлман і Є. Хартман виділяють такі особистісні чинники, що сприяють вигоранню: інтроверсія, підвищена реактивність, авторитаризм, низька самоповага, низький рівень емпатії, а також незадоволеність професією та відсутність професійного зростання. В дослідженні особистісних характеристик анестезіологів та реаніматологів, проведеному В. Капцовим, було встановлено, що у лікарів та медичних сестер, які працюють у відділеннях реанімації, за даними опитувальника Р. Кеттелла, спостерігаються такі риси, як напруженість, занепокоєння, тривожність і депресивні прояви, що можуть призвести до порушення соціальної адаптації.

Рольові фактори ризику емоційного вигорання включають рольовий конфлікт, невизначеність у ролі та перевантаженість. Організаційні чинники стосуються умов і специфіки роботи фахівця. До таких чинників належать різноманітні аспекти організаційного середовища, зокрема кадрова політика, робочий графік (тривалий робочий день), стиль керівництва (погана організація праці, значне професійне навантаження), система винагород (недостатня моральна і фінансова компенсація), соціально-психологічний клімат (конфлікти з колегами та начальством), робота з психологічно складними групами пацієнтів (люди похилого віку, хронічно або смертельно хворі тощо), висока відповідальність, а також відсутність підтримки з боку близьких людей. Всі ці фактори можуть сприяти розвитку стресу на робочому місці і, як наслідок, призводити до вигорання.

За словами П. Сидорова, головною причиною емоційного вигорання є психологічна перевтома. Коли вимоги, як внутрішні, так і зовнішні, протягом тривалого часу перевищують наявні ресурси, в людини порушується баланс, що неминуче веде до емоційного виснаження. Синдром емоційного вигорання

розвивається поступово, і існує кілька теорій, які описують його стадії. Однією з найпоширеніших є п'ятиступенева модель Дж. Грінберга.

- Перша стадія («медовий місяць») характеризується тим, що працівник задоволений своєю роботою та виконує завдання з ентузіазмом.

- На другій стадії («нестача палива») з'являється втома, апатія, і можуть виникати проблеми зі сном. Якщо не забезпечується додаткова мотивація, у працівника зникає інтерес до роботи і знижується продуктивність.

- Третя стадія (хронічні симптоми) виникає при надмірній роботі без достатнього відпочинку, особливо у трудоволіків. Це призводить до виснаження і підвищеної схильності до захворювань, а також до психологічних проблем, таких як хронічна втома, посилене почуття злості або пригніченості, відчуття загнаності в кут.

- На четвертій стадії (криза) розвиваються хронічні захворювання, які можуть призвести до часткової або повної втрати працездатності.

- П'ята стадія («пробивання стіни») – це стадія, коли фізичні та психологічні проблеми набувають гострої форми і можуть викликати розвиток серйозних захворювань, що загрожують життю. Через ці проблеми кар'єра людини може опинитися під загрозою.

У вітчизняній літературі виділяють три основні фази формування синдрому вигорання:

1. Фаза напруження – характеризується переживанням психотравмуючих ситуацій, незадоволеністю собою, почуттям загнаності, тривогою та депресією.

2. Фаза резистенції – включає такі симптоми, як неадекватне вибіркоче емоційне реагування, емоційно-етична дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, зниження професійних обов'язків.

3. Фаза виснаження – характеризується емоційним і особистісним дефіцитом, відчуженням (деперсоналізацією), а також психосоматичними і психовегетативними порушеннями.

Аналізуючи наукову літературу ми з'ясували, що виділяють п'ять основних груп симптомів, характерних для синдрому вигорання:

1. Фізичні симптоми: постійна втома, фізичне виснаження, зміни у вазі (зниження або збільшення), порушення сну, безсоння, загальне погіршення здоров'я, відчуття задишки, нудота, запаморочення, надмірна пітливість, тремтіння, підвищений артеріальний тиск, виразки, серцеві захворювання.

2. Емоційні симптоми: емоційна виснаженість, песимізм, цинізм, байдужість, фрустрація, відчуття безнадійності, дратівливість, агресія, тривога, депресія, почуття провини, нервові зриви, втрата надій і професійних перспектив, деперсоналізація, почуття самотності.

3. Поведінкові симптоми: робота понад 45 годин на тиждень, швидке настання втоми під час робочого дня, втрата інтересу до їжі, малорухливий спосіб життя, підвищене вживання тютюну, алкоголю або ліків, часті нещасні випадки, імпульсивна поведінка.

4. Інтелектуальні симптоми: зниження інтересу до нових ідей та теорій, збільшення апатії та рутинності, відмова від творчих підходів, цинізм щодо нововведень, формальне виконання роботи, відмова від участі в освітніх заходах.

5. Соціальні симптоми: брак часу або енергії для соціальної активності, зниження інтересу до дозвілля, обмеження соціальних контактів роботою, мізерні взаємини як вдома, так і на роботі, відчуття ізоляції та нестачі підтримки.

Для медичних працівників, особливо тих, хто працює в службі швидкої допомоги, емоційне, розумове і фізичне виснаження є відповіддю на хронічний стрес, що виникає через інтенсивну професійну діяльність. Початкові прояви вигорання в таких працівників включають небажання відповідати на виклики, відчуття втоми, зниження інтересу до надання допомоги. За відсутності належних заходів це призводить до прогресуючої втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії.

## **Висновок до розділу.**

У науково-психологічній літературі проблема професійного вигорання розглядається як складне явище, що охоплює низку психофізичних, соціально-психологічних та поведінкових симптомів, які можуть негативно впливати на особистісний та професійний розвиток, особливо у сфері медицини. Професійно-особистісний розвиток медичних фахівців відзначається високим рівнем стресу та відповідальності, що підвищує ризик виникнення синдрому вигорання. Серед ключових психологічних чинників, які сприяють розвитку цього синдрому серед медиків, виділяють постійну емоційну напругу, перевантаження роботою, відсутність підтримки та професійної самореалізації.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

#### 2.1 Організація проведення емпіричного дослідження

Професійне вигорання серед медичних фахівців стає все більш актуальною проблемою, яка впливає на їхню професійну ефективність, психологічне здоров'я та якість надання медичної допомоги. Незважаючи на зростаючу кількість досліджень у цій галузі, недостатньо вивчені особистісні детермінанти, які підвищують ризик розвитку цього синдрому. Існує потреба в детальному аналізі особистісних характеристик, які сприяють вигоранню, а також у визначенні факторів, які можуть знижувати ризик його розвитку.

Дослідження проводилося на базі Комунального підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» Хмельницької міської ради. Учасники дослідження були поділені на групи, в залежності від професійного стажу, а саме: група 1: медичні фахівці зі стажем більше 3 років (20 осіб); група 2: медичні фахівці зі стажем більше 10 років (25 осіб); група 3: медичні фахівці зі стажем більше 20 років (30 осіб).

Метод Дельфі є ефективним інструментом для вивчення складних і багатовимірних проблем, таких як професійне вигорання медичних фахівців. Для виявлення та оцінки особистісних детермінант важливо отримати думки експертів, які мають глибокі знання та досвід у відповідній сфері. Застосування методу Дельфі у даному дослідженні є обґрунтованим з кількох причин, а саме: вигорання є наслідком взаємодії численних факторів, включаючи особистісні риси, робоче середовище, соціальні умови та індивідуальні реакції на стрес. Метод Дельфі дозволяє структурувати та систематизувати ці фактори, об'єднуючи думки експертів для створення більш повної картини проблеми. Для дослідження вигорання ми залучили експертів

з різних галузей: психології, медицини, менеджменту охорони здоров'я тощо. Метод Дельфі дозволив інтегрувати знання з різних дисциплін, щоб визначити найбільш впливові детермінанти вигорання. Важливим є той факт, що метод Дельфі забезпечує анонімність відповідей, що дозволяє уникнути впливу групової динаміки та авторитету окремих учасників. Це сприяє більш об'єктивному та незалежному висловленню думок, що особливо важливо при дослідженні складних психологічних явищ. Метод Дельфі передбачає кілька раундів опитування, що дозволяє поступово уточнювати та деталізувати оцінки експертів. Це допомагає досягти більш точного та узгодженого розуміння ключових особистісних детермінант вигорання. В результаті кількох раундів опитування метод Дельфі дозволяє досягти консенсусу щодо основних факторів, що впливають на вигорання. Це важливо для розробки ефективних профілактичних і корекційних заходів, спрямованих на зниження рівня вигорання серед медичних фахівців. Водночас, метод Дельфі також може бути використаний для прогнозування майбутніх тенденцій щодо професійного вигорання. Експерти можуть дати оцінку майбутніх викликів та ризиків, пов'язаних із розвитком цього явища.

Таким чином, застосування методу Дельфі у дослідженні особистісних детермінант професійного вигорання медичних фахівців дозволяє отримати глибокі та обґрунтовані результати, які можуть стати основою для розробки дієвих заходів з профілактики та подолання цього явища.

Методика діагностики професійної мотивації В. Осьодла передбачає використання опитувальника, що містить 90 тверджень і включає сім основних шкал. Першою шкалою є оцінка результатів праці (ОРП), яка охоплює 16 тверджень і стосується оцінки результатів професійної діяльності. Високі показники за цією шкалою свідчать про важливість праці та ефективне управління, в той час як низькі показники вказують на домінування зовнішньої мотивації і низьку активність персоналу.

Друга шкала, професійні домагання (ПД), також містить 16 тверджень і оцінює прагнення до успіху або уникнення невдач. Високі результати

вказують на наполегливість і рішучість у досягненні цілей, в той час як низькі результати показують меншу готовність до ризику і обережність.

Третя шкала, інтернальність у сфері професійних досягнень (ІПД), має 18 тверджень і вимірює переконання особистості щодо контролю над результатами своєї діяльності. Високі показники свідчать про усвідомлену відповідальність за результати, тоді як низькі показники вказують на труднощі в поясненні причин і способів досягнення результатів.

Четверта шкала, професійні інтереси і цінності (ПІ), складається з 16 тверджень і оцінює рівень інтересу і цінностей, що впливають на професійну діяльність. Високі показники свідчать про значущість професійної діяльності і мотивацію, тоді як низькі показники вказують на відсутність інтересу і ціннісного значення.

П'ята шкала, життєві цілі (ЖЦ), містить 14 тверджень і вимірює наявність чітких життєвих планів і цілей. Високі показники свідчать про наявність перспективи і ресурсів для досягнення цілей, в той час як низькі показники вказують на відсутність цілей і планування.

Шоста шкала оцінює загальну активність респондента в професійній діяльності, а сьома шкала, шкала соціальної бажаності, вимірює, наскільки респонденти прагнуть відповідати соціальним очікуванням у своїх відповідях.

Процедура проведення включає індивідуальне або групове обстеження, де респонденти оцінюють значущість кожного твердження за дихотомічною шкалою (Так - Ні). Ця структура дозволяє комплексно оцінювати різні аспекти професійної мотивації та її вплив на діяльність фахівців.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда, що використовувалася для аналізу соціально-психологічної адаптації та особистісних рис, містить 101 твердження, сформульованих в третій особі однини без займенників. Такий підхід може бути обраний для уникнення прямого ідентифікування респондентів з твердженнями, що дозволяє зменшити вплив соціально бажаних відповідей. Методика

передбачає використання семибальної шкали відповідей, що забезпечує детальний аналіз.

В опитувальнику виділено шість ключових інтегральних показників: «Адаптація», «Прийняття інших», «Інтернальність», «Самосприйняття», «Емоційна комфортність», «Прагнення до домінування».

Кожен показник розраховується за спеціальною формулою, а інтерпретація результатів здійснюється згідно з нормативними даними для підліткової та дорослої вибірок.

Опитувальник Р. Кеттелла (16 PF) — це популярний психологічний інструмент, призначений для оцінки різних аспектів особистості. Він складається з 16 факторів, які відображають основні риси особистості та дозволяють створити детальний профіль особистісних характеристик.

Основні характеристики опитувальника:

- 16 основних факторів особистості: кожен з яких описує певний аспект поведінки або особистісної риси (наприклад, емоційна стабільність, домінантність, соціальна сміливість).
- Біполярні шкали: кожен фактор представлений двома полюсами (наприклад, замкнутість - товариськість), що дозволяє оцінити, де на шкалі знаходиться респондент.
- Комплексна оцінка: на основі результатів формується повний портрет особистості, який може використовуватися для різних цілей, таких як професійний відбір, консультування або особистісний розвиток.
- Опитувальник може застосовуватися як для окремих осіб, так і для цілих груп, що робить його універсальним інструментом у психологічній практиці.

Опитувальник 16 PF дозволяє отримати глибоке розуміння структури особистості, її сильних і слабких сторін, а також потенційних областей для розвитку.

О. Лоза, автор дисертаційного дослідження про перфекціонізм серед державних службовців, розглядає цю рису як складне явище, яке проявляється

у прагненні до ідеалу. Перфекціонізм може бути як рушійною силою досягнень, так і джерелом стресу та невдоволення собою. За даними автора, перфекціонізм складається з двох основних компонентів: вимогливості до себе та до інших, а також схильності до категоричного мислення. Ці компоненти можуть виявлятися як у особистих досягненнях, так і у взаєминах з оточенням.

На основі своїх напрацювань дослідник розробив опитувальник «Шкала перфекціонізму». Результати дослідження О. Лози дозволяють розглядати перфекціонізм як багатогранне явище, яке можна описати за допомогою чотирьох основних типів: гіперперфекціонізм, конструктивний перфекціонізм, деструктивний перфекціонізм та гіпоперфекціонізм. Така класифікація може бути корисною для більш точного розуміння проявів перфекціонізму у різних людей та розробки індивідуальних стратегій роботи з ним.

Методика "Індекс життєвого стилю" (Life Style Index, LSI), розроблена в 1979 році на основі психоеволюційної теорії Р. Плутчика та структурної теорії особистості Х. Келлермана, дає змогу діагностувати систему механізмів психологічного захисту (МПЗ). Вона дозволяє виявити провідні та основні механізми, а також оцінити ступінь напруженості кожного з них. Цей опитувальник спрямований на діагностику захисних механізмів "Я" і містить 97 тверджень. Він охоплює вісім видів захисних механізмів: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне утворення, проекція, інтелектуалізація (раціоналізація) та регресія. Кожному з цих механізмів відповідає від 10 до 14 тверджень, що відображають реакції особистості на різні життєві ситуації. На основі відповідей формується профіль захисної структури обстежуваного. Методика базується на теорії емоцій, що була розроблена в рамках монографічного дослідження 1962 року. Вона отримала міжнародне визнання та використовувалася для вивчення групових процесів, а також для аналізу внутрішньоособистісних процесів та механізмів психологічного захисту.

Методика «Психологічне вигорання» розроблена Н. Водоп'яною та О. Старченковою базується на моделі К. Маслач та С. Джексон. Вона

призначена для оцінки рівня вигорання, яке розуміється як тривалий стрес, пов'язаний із професійною діяльністю, що призводить до емоційного виснаження, деперсоналізації і зниження особистих досягнень. Основні компоненти методики: емоційне виснаження (оцінює рівень фізичної і емоційної виснаженості, зниження енергії, відчуття втоми); деперсоналізація (вимірює ставлення до інших як до об'єктів або інструментів, а не як до людей, що супроводжується відчуженням і цинізмом); зниження особистих досягнень (оцінює відчуття власної некомпетентності та зниження професійної ефективності).

Методика включає анкети або опитувальники, що дозволяють респондентам оцінювати свої емоційні стани та поведінкові реакції за певними шкалами. Вона допомагає виявити, чи є у респондента симптоми вигорання і на якому рівні. Цю методику використовують для дослідження рівня вигорання серед працівників різних професій, що дозволяє виявити проблемні області та розробити стратегії для покращення професійного добробуту.

## **2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження особистісних детермінант професійного вигорання медичних фахівців**

Після визначення проблеми дослідження та складання вибірки, було розроблено анкету для первинного опитування експертів. Метою цього етапу було виявлення початкових думок, ідей та поглядів щодо особистісних детермінант професійного вигорання медичних фахівців.

На першому етапі було надіслано анкети експертам, які мають значний досвід у сфері медицини та психології, а також добре обізнані з проблематикою професійного вигорання. Анкета включала відкриті запитання, що спрямовували експертів на висловлення власних поглядів щодо ключових чинників, які впливають на розвиток вигорання у медичних працівників.

Основний акцент був зроблений на зборі максимально широкого спектру думок, щоб на наступних етапах дослідження можна було виявити спільні тенденції та узагальнити отримані дані. Відповіді експертів варіювалися за змістом, що дозволило отримати багатий масив інформації для подальшого аналізу та формування наступного етапу — уточнення та узагальнення думок.

Щоб обчислити середні показники ранжування за методом Дельфі, ми зібрали ранжування кожного критерію від кожного з 17 експертів. Далі підсумували ранги для кожного критерію і розділили на кількість експертів, щоб отримати середній ранг для кожного критерію.

Таблиця 2.1 – Середні показники ранжування з урахуванням особистісних детермінант професійного вигорання

<b>Критерій</b>	<b>Середній ранг (скоригований)</b>
Професійна мотивація	2.0
Емоційна комфортність	2.5
Тривожність	3.1
Самоконтроль	3.5
Соціально-психологічна адаптація	4.0
Перфекціонізм	5.2
Емоційна нестабільність	6.0
Професійні інтереси і цінності	6.8
Чутливість	7.4
Самосприйняття	7.8
Прийняття інших	8.5
Життєвий стиль	9.2
Інтелект	9.8
Активність	10.3
Дипломатичність	11.1
Досягнення	13.0
Домагання	15.2

Метод Дельфі дозволив визначити та ранжувати ключові особистісні детермінанти, що впливають на професійне вигорання медичних фахівців. Завдяки цьому методу, група експертів досягла консенсусу щодо важливості

кожного з представлених критеріїв. Враховуючи результати, можна зробити такі висновки, що професійна мотивація є найважливішим фактором, що впливає на професійне вигорання. Високий рівень мотивації сприяє зниженню ризику вигорання, тоді як її відсутність може стати тригером для виникнення цього стану. Емоційна комфортність та тривожність також є критично важливими, адже емоційний комфорт сприяє психологічній стійкості, тоді як підвищений рівень тривожності збільшує ризик вигорання. Самоконтроль і соціально-психологічна адаптація дозволяють медичним фахівцям ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, що знижує ймовірність розвитку вигорання. Перфекціонізм і емоційна нестабільність можуть виступати як додаткові фактори ризику. Надмірний перфекціонізм може призводити до постійного стресу через високі вимоги до себе, а емоційна нестабільність підвищує вразливість до стресу. Професійні інтереси і цінності також відіграють значну роль, оскільки відповідність особистих цінностей роботі підвищує задоволення від професійної діяльності та зменшує ризик вигорання.

Наступним етапом нашого дослідження було вивчення рівнів психологічного вигорання серед медичних фахівців з різним досвідом роботи. Результати дослідження подано в табл.

Таблиця 2.2 – Результати дослідження психологічного вигорання серед медичних фахівців

<b>Група за досвідом роботи</b>	<b>Емоційне виснаження (середній бал)</b>	<b>Деперсоналізація (середній бал)</b>	<b>Зниження особистих досягнень (середній бал)</b>
<b>Більше 3 років</b>	3.2	2.1	2.5
<b>Більше 10 років</b>	4.1	3.0	3.7
<b>Більше 20 років</b>	5.4	4.2	4.5

За шкалою «Емоційне виснаження» ми отримали результати, які свідчать, що у групі з досвідом більше 3 років середній рівень емоційного

виснаження виявився помірним. Основні скарги стосувалися відчуття втоми наприкінці робочого дня та емоційного навантаження. У групі з досвідом більше 10 років спостерігається зростання рівня емоційного виснаження, з явними ознаками стресу та виснаження. Респонденти відзначають зниження енергії та частіший стан емоційної напруги. А у групі з досвідом більше 20 років – найвищий рівень емоційного виснаження. Багато учасників повідомляють про хронічну втому, відсутність мотивації та виснаження, що впливає на якість їхньої роботи.

Вагомими виявилися результати за шкалою «Деперсоналізація», адже у респондентів групи з досвідом більше 3 років рівень деперсоналізації низький. Переважно респонденти підтримують емпатичне ставлення до пацієнтів і не відзначають значних ознак цинізму. У представників групи з досвідом більше 10 років відзначено помірний рівень деперсоналізації. Учасники починають ставитися до пацієнтів як до об'єктів лікування, що може свідчити про адаптацію до професійного стресу. Найвищий рівень деперсоналізації характерний для респондентів групи з досвідом більше 20 років. Багато фахівців повідомляють про відчуження та зниження особистої залученості до роботи, бути результатом тривалого професійного стресу. Далі зупинимося на результатах за шкалою «Зниження особистих досягнень». Відзначимо, що у групі з досвідом більше 3 років рівень зниження особистих досягнень помірний. Учасники висловлюють деякі сумніви в своїх професійних досягненнях, але загалом задоволені своєю роботою. Тоді як у групі з досвідом більше 10 років, зниження особистих досягнень більше виражене. Респонденти відзначають відчуття неадекватності і зниження задоволення від професійної діяльності. Найзначніше зниження особистих досягнень спостерігається у респондентів групи з досвідом більше 20 років. Велика частина учасників висловлює песимістичне ставлення до своїх професійних досягнень і відзначає значні проблеми з мотивацією та самореалізацією.

Таким чином, слід зазначити, що результати показують, що з підвищенням стажу роботи рівень психологічного вигорання у медичних

фахівців зростає. Найбільш виражене вигорання спостерігається у фахівців з досвідом понад 20 років, що вказує на потребу в розробці стратегій підтримки та профілактики вигорання, особливо для тих, хто працює в професії протягом тривалого часу. Рекомендовано впровадження програм психологічної підтримки, адаптації робочого середовища та розвитку навичок стрес-менеджменту для зменшення рівня вигорання і покращення якості життя медичних працівників.

Метою дослідження було визначення рівня професійної мотивації за допомогою методики діагностики професійної мотивації В. Осьодла. Дослідження було проведено серед медичних фахівців, розподілених на три групи за стажом роботи: понад 3 роки (20 осіб), понад 10 років (25 осіб), і понад 20 років (30 осіб). Результати аналізу за кожною шкалою методики наведені на рис. 2.1.

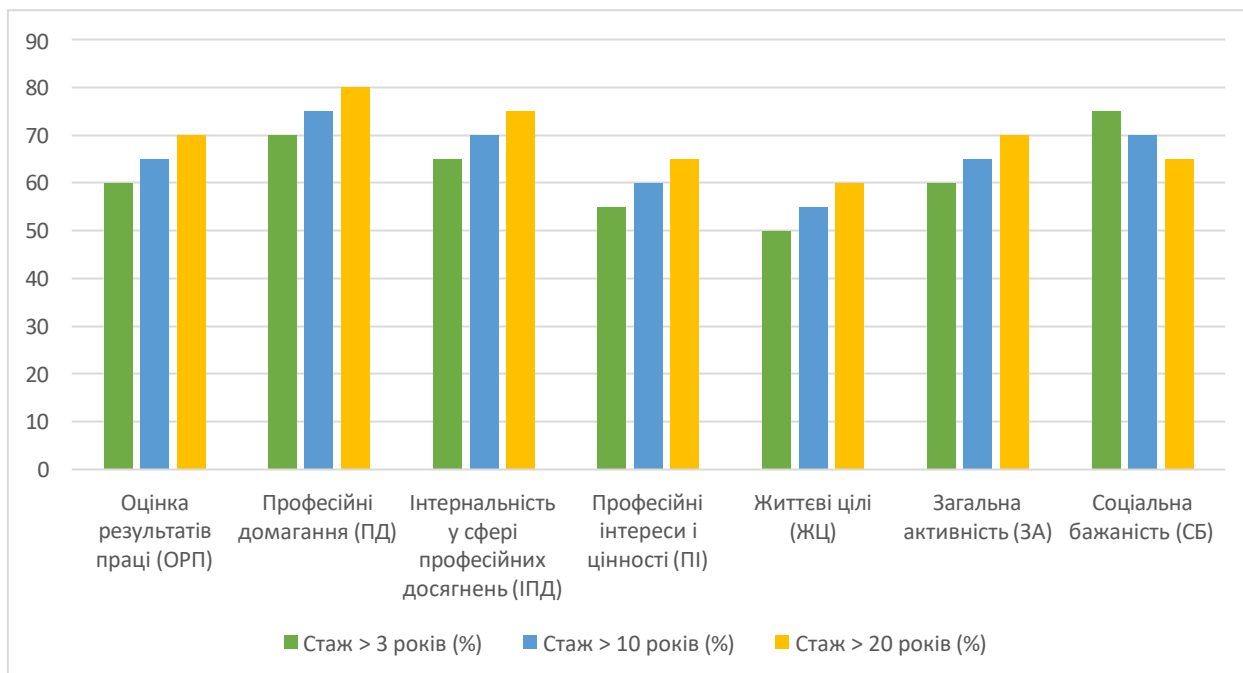


Рисунок 2.1 – Результати за методикою діагностики професійної мотивації (за В. Осьодло)

Результати за шкалою «Оцінка результатів праці (ОРП)» свідчать, що група зі стажом понад 3 роки свідчать, що більшість респондентів (60%) продемонстрували високий рівень мотивації за цією шкалою. Це свідчить про те, що молодші медики визнають значимість своєї праці та відчувають

відповідальність за результати роботи. У 30% респондентів відзначено середній рівень, а у 10% — низький, що може вказувати на неефективну мотивацію в деяких випадках. У групі зі стажем понад 10 років розподіл результатів є більш рівномірним. Високий рівень оцінки результатів праці виявлено у 40% респондентів, середній — також у 40%, а низький — у 20%. Це вказує на те, що досвідчені фахівці частіше зустрічаються зі зовнішньоорганізованою мотивацією і можливою втратою інтересу до роботи. У групі зі стажем понад 20 років, найбільше респондентів (50%) мають середній рівень оцінки результатів праці, що свідчить про певний механістичний підхід до професійної діяльності. Високий рівень має лише 30% респондентів, а низький — 20%.

Щодо результатів за шкалою «Професійні домагання (ПД)», то слід зазначити, що у групі зі стажем понад 3 роки, високі показники у 70% респондентів. Це свідчать про активне прагнення молодших медиків до успіху та покращення своїх професійних результатів. Середній рівень має 20%, а низький — 10%, що показує стабільне прагнення до професійного росту. У групі зі стажем понад 10 років половина респондентів (50%) демонструють високий рівень домагань, а 30% — середній. Це вказує на зниження активності та амбіцій у порівнянні з молодшими колегами. Низький рівень виявлено у 20% респондентів. Відповідно, у групі зі стажем понад 20 років, лише 40% респондентів мають високий рівень професійних домагань. Ще 40% демонструють середній рівень, а 20% — низький. Це може свідчити про втомленість від професійної діяльності та зниження мотивації до подальшого розвитку.

Далі охарактеризуємо результати за шкалою «Інтернальність у сфері професійних досягнень (ІПД)». Стосовно групи зі стажем понад 3 роки, то у 65% респондентів виявлено високий рівень інтернальності, що свідчить про усвідомлення ними залежності своїх професійних досягнень від власних зусиль. 25% мають середній рівень, а 10% — низький. В осіб зі стажем понад 10 років високий рівень інтернальності виявлений у 45% респондентів,

середній — для 35%, і низький — для 20%. Це показує, що з досвідом медици частіше відчувають зменшення самоконтролю. У групі зі стажем понад 20 років високий рівень інтернальності має 35% респондентів, тоді як у 45% він середній, а у 20% — низький. Це може вказувати на зменшення віри у власні можливості контролювати професійні досягнення.

Стосовно шкали «Професійні інтереси і цінності (ПІ)», то у групі зі стажем понад 3 роки високі показники професійних інтересів і цінностей виявлено у 55% респондентів. Середній рівень у 30%, а низький — у 15%. Це свідчить про активну зацікавленість молодих медиків у професійному розвитку. У групі зі стажем понад 10 років лише 35% респондентів мають високий рівень, тоді як 40% — середній, і 25% — низький. Це показує, що інтерес до професійної діяльності зменшується з досвідом. Відповідно у решти досліджуваних, а саме в осіб зі стажем понад 20 років, високий рівень професійних інтересів і цінностей виявлений у 30% респондентів, середній — 40%, і низький — 30%. Це може свідчити про те, що з віком медици втрачають мотивацію до професійного розвитку.

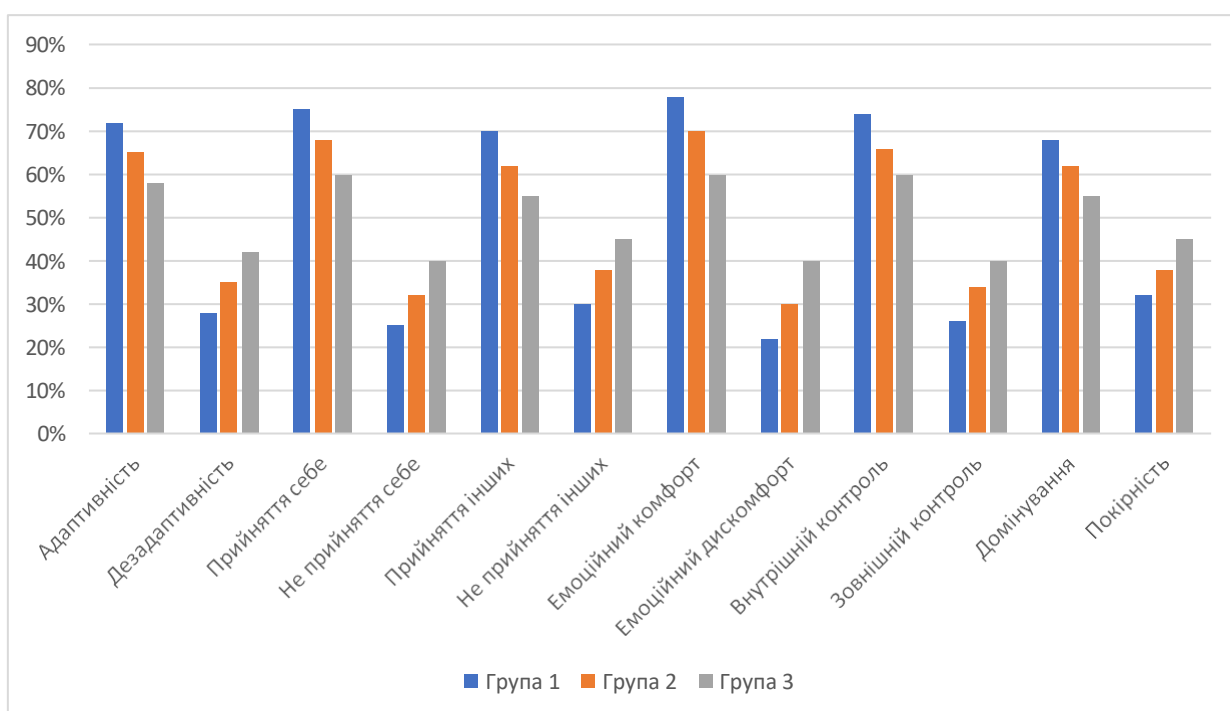
Результати за шкалою «Життєві цілі (ЖЦ)» показують, що у групі зі стажем понад 3 роки високий рівень життєвих цілей виявлено у 60% респондентів, середній — у 30%, а низький — у 10%. Це показує, що молодші медики активно планують своє професійне майбутнє. У групі зі стажем понад 10 років 40% респондентів мають високий рівень життєвих цілей, 35% — середній, а 25% — низький. Це свідчить про зменшення амбіцій і планів з досвідом. В респондентів з групи зі стажем понад 20 років високий рівень життєвих цілей мають 35% респондентів, середній — 45%, і низький — 20%. Це може вказувати на те, що досвідчені медики мають більш стабільні, але менш амбітні плани.

Щодо результатів за шкалою «Загальна активність», то слід зауважити, що у групі зі стажем понад 3 роки високий рівень загальної активності виявлено у 70% респондентів, що свідчить про їхню високу мотивацію та енергійність. Середній рівень має 20%, а низький — 10%. У респондентів зі

стажем понад 10 років 50% респондентів мають високий рівень загальної активності, 30% — середній, і 20% — низький. Це свідчить про зниження активності з досвідом. У групі зі стажем понад 20 років високий рівень активності мають 40% респондентів, середній — 40%, і низький — 20%. Це може свідчити про поступове зменшення ентузіазму в роботі.

Також проаналізуємо отримані результати за шкалою «Соціальна бажаність». У групі зі стажем понад 3 роки 65% респондентів мають високий рівень соціальної бажаності, що вказує на прагнення відповідати соціальним очікуванням. Середній рівень має 25%, а низький — 10%. Респонденти зі стажем понад 10 років показали результати, які свідчать, що високий рівень соціальної бажаності мають 45% респондентів, середній — 35%, і низький — 20%. Це показує певне зниження прагнення відповідати соціальним очікуванням з досвідом. Досліджувані медичні фахівці зі стажем понад 20 років отримали високий рівень соціальної бажаності у 35% респондентів, середній — у 45%, і низький — у 20%. Це може свідчити про більш реалістичний підхід до соціальних норм у старших фахівців.

Проаналізуємо результати дослідження соціально-психологічної адаптації медичних фахівців. Результати підраховувались за шістьма основними шкалами та шкалою достовірності.



\*Учасники дослідження: група 1: медичні фахівці зі стажем більше 3 років (20 осіб); група 2: медичні фахівці зі стажем більше 10 років (25 осіб); група 3: медичні фахівці зі стажем більше 20 років (30 осіб).

## Рисунок 2.2 – Результати дослідження соціально-психологічної адаптації медичних фахівців

Результати по шкалі «Адаптація» для групи 1 засвідчують, що показник адаптивності був відносно високим (72%). Це свідчить про здатність медичних фахівців адаптуватися до умов праці, незважаючи на їх невеликий досвід. Деадаптивність була на рівні 28%, що вказує на наявність певних труднощів. У групі 2 рівень адаптивності знизився до 65%. Це може бути пов'язано з накопиченням стресових ситуацій та можливими проблемами в адаптації до змін у робочому середовищі. Деадаптивність зросла до 35%. У представників групи 3 показники адаптивності були найнижчими (58%), що може свідчити про тривалі проблеми в адаптації до професійного середовища. Деадаптивність досягла 42%, що свідчить про значні труднощі в адаптації.

Отримані результати за шкалою «Самоприйняття», свідчать, що у досліджуваних групи 1 рівень прийняття себе був 75%, що відображає позитивну самооцінку та загальне задоволення від власної професійної діяльності. Не прийняття себе було 25%. У групі 2 самоприйняття зменшилось до 68%. Це може бути пов'язано з тривалим стресом і професійними викликами, які впливають на самооцінку. Не прийняття себе збільшилось до 32%. У респондентів групи 3 показники самоприйняття були найнижчими (60%), що може свідчити про зниження самооцінки внаслідок тривалого професійного стресу. Не прийняття себе досягло 40%.

По шкалі «Прийняття інших» маємо такі результати, а саме: у групі 1 прийняття інших було 70%, що свідчить про добрі соціальні взаємодії на роботі. Не прийняття інших становило 30%. У респондентів групи 2 рівень прийняття інших знизився до 62%. Це може бути пов'язано з підвищеними вимогами та зниженням терпимості до колег. Не прийняття інших зросло до 38%. Відповідно у представників групи 3 показники прийняття інших були найнижчими (55%). Зростання не прийняття інших до 45% свідчить про

погіршення соціальних взаємодій та збільшення конфліктів у робочому середовищі.

Узагальнення результатів за шкалою «Емоційна комфортність» свідчать, що у досліджуваних групи 1 емоційний комфорт був на рівні 78%, що свідчить про загальне задоволення та відсутність значних емоційних труднощів. Емоційний дискомфорт був 22%. У представників групи 2 рівень емоційного комфорту знизився до 70%, що може бути результатом накопиченого стресу та втоми. Емоційний дискомфорт зріс до 30%. Показники емоційного комфорту у групі 3 були найнижчими (60%), що свідчить про значні емоційні проблеми і високу рівень стресу. Емоційний дискомфорт досяг 40%.

Узагальнюючи результати за шкалою «Інтернальність» відмітимо, що у респондентів групи 1 внутрішній контроль становив 74%, що вказує на високий рівень самостійності та контролю над ситуацією. Зовнішній контроль був 26%. У представників групи 2 рівень внутрішнього контролю знизився до 66%, що може вказувати на збільшення впливу зовнішніх факторів на робочий процес. Зовнішній контроль збільшився до 34%. Показники внутрішнього контролю у досліджуваних групи 3 були найнижчими (60%). Зовнішній контроль досяг 40%, що свідчить про значну залежність від зовнішніх обставин та зменшення можливості впливати на ситуацію.

Результати по шкалі «Домінування» свідчать, що у респондентів групи 1 рівень домінування був 68%, що свідчить про достатню активність і вплив у професійних ситуаціях. Покірність становила 32%. У досліджуваних групи 2 показники домінування зменшились до 62%. Покірність зросла до 38%, що може вказувати на зниження впливовості та підвищення підпорядкування. Домінування серед досліджуваних групи 3 було найнижчим (55%), а рівень покірності зріс до 45%, що може свідчити про зниження впливу на робочому місці і підвищення підлеглості.

Результати дослідження показали, що соціально-психологічна адаптація медичних фахівців погіршується з накопиченням досвіду. Молодші фахівці

(менше 3 років стажу) демонструють вищі показники адаптивності, позитивного самоприйняття і емоційного комфорту. З часом, зростає рівень дезадаптивності, не прийняття себе та інших, а також знижується рівень внутрішнього контролю і домінування. Це свідчить про необхідність розробки програм підтримки для медичних фахівців з тривалим стажем, щоб допомогти їм впоратися з професійними викликами і зберегти ефективність та благополуччя.

Перейдемо до аналізу отриманих результатів за методикою «16-факторний особистісний опитувальник» Р. Кеттелла»

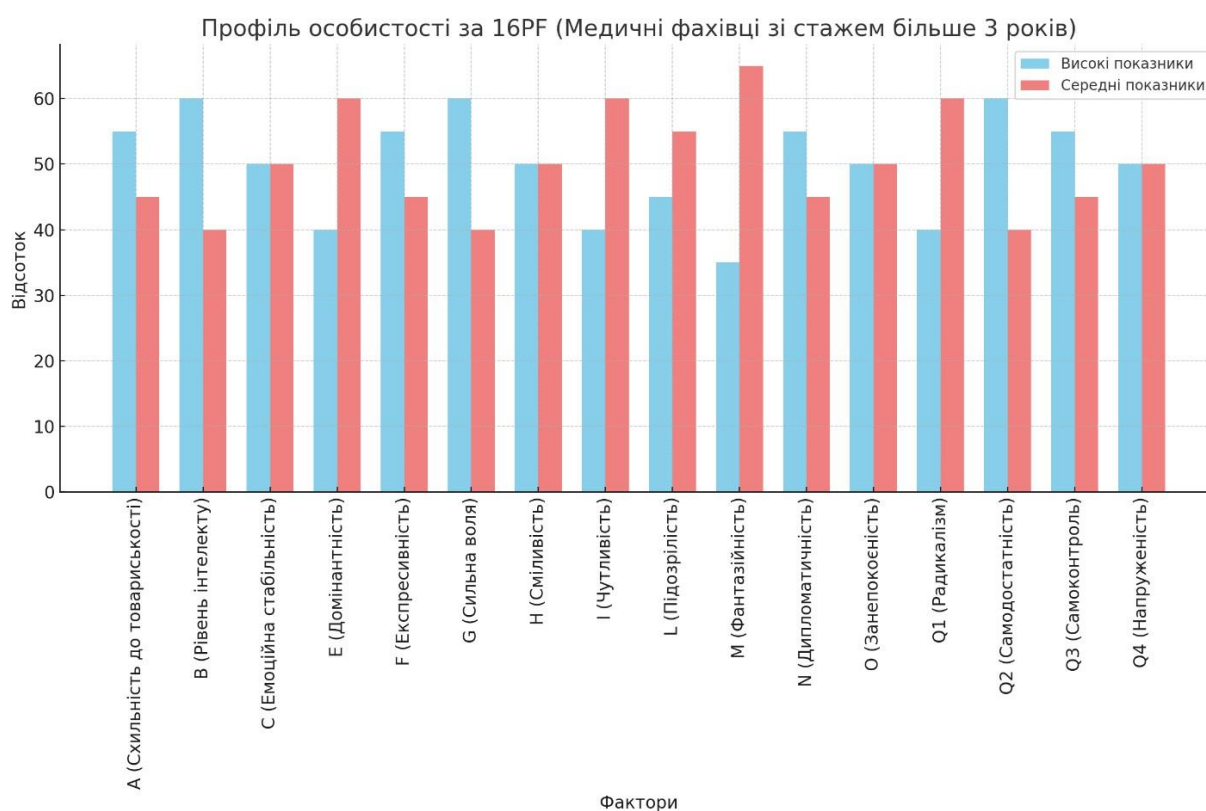


Рисунок 2.3 – Результати за методикою «16-факторний особистісний опитувальник» Р. Кеттелла» серед медичних фахівців зі стажем понад 3 роки

На основі спостережень та бесід з медичними фахівцями ми спробували проаналізувати отримані результати враховуючи основний аспект нашого дослідження, а саме професійне вигорання у медичних фахівців.

Результати за фактором А (схильність до товарищкості) свідчить, що 55% респондентів демонструють високий рівень товарищкості, що свідчить про їхню відкритість до спілкування, але 45% мають середні показники. Це

може вказувати на те, що певна частина групи може відчувати втому або емоційну виснаженість, що знижує їхню соціальну активність. Фактор В (рівень інтелекту) - 60% респондентів мають високий рівень інтелекту, що може свідчити про добре розвинені когнітивні здібності. Однак 40% мають середні показники, що може бути ознакою когнітивного навантаження або стресу, що негативно впливає на їхню здатність ефективно вирішувати професійні завдання. Фактор С (емоційна стабільність) - лише 50% респондентів демонструють високий рівень емоційної стабільності, а інші 50% мають середні показники. Це може вказувати на підвищений ризик емоційного вигорання, оскільки частина медичних фахівців може не завжди справлятися з професійними стресами. Фактор Е (домінантність) - 40% респондентів мають високий рівень доміантності, тоді як 60% демонструють середні показники. Це свідчить про те, що більшість фахівців можуть бути менш впевненими у прийнятті рішень, що в умовах стресу може підвищувати ризик вигорання. Фактор F (експресивність) свідчить, що високий рівень експресивності виявили 55% респондентів, тоді як 45% мають середні показники. Це може свідчити про здатність більшості фахівців виражати свої емоції, але значна частина групи може відчувати труднощі у самовираженні, що також може бути фактором ризику для розвитку вигорання. Стосовно фактора G (сильна воля), то варто зазначити, що 60% респондентів демонструють високий рівень сили волі, що є позитивним показником стійкості до стресу. Однак 40% мають середні показники, що може вказувати на потенційні труднощі у подоланні професійних викликів. Результати за фактором H (сміливість) свідчать, що половина респондентів (50%) мають високий рівень сміливості, що говорить про готовність приймати виклики. Проте 50% демонструють середній рівень, що може свідчити про можливу невпевненість у стресових ситуаціях. Лише 40% респондентів за фактором I (чутливість): мають високий рівень чутливості, тоді як 60% мають середні показники. Це може бути позитивним у контексті стійкості до емоційних навантажень, але також вказує на можливість недостатньої емоційної залученості, що може впливати на якість

взаємодії з пацієнтами. Результати за фактором L (підозрілість) свідчать, що високий рівень підозрілості виявили 45% респондентів, що може свідчити про певний рівень напруженості у відносинах з колегами чи пацієнтами. Це може бути фактором ризику для розвитку вигорання через постійне відчуття напруги та недовіри. Фактор M (фантазійність) - 35% респондентів мають високий рівень фантазійності, а 65% – середній. Це може свідчити про тенденцію до реалістичного підходу у професійній діяльності, але також вказує на можливий дефіцит креативності, що може обмежувати можливості вирішення проблем. Фактор N (дипломатичність) - високий рівень дипломатичності виявили 55% респондентів, що свідчить про здатність до ефективної взаємодії з іншими. Проте 45% мають середні показники, що може вказувати на труднощі в комунікації в умовах підвищеного стресу. Фактор O (занепокоєність) - половина респондентів (50%) має високий рівень занепокоєності, що може бути ознакою підвищеної тривожності, яка є одним із факторів ризику професійного вигорання.

Зауважимо результати за фактором Q1 (радикалізм) - 40% респондентів мають високий рівень радикалізму, що може вказувати на схильність до радикальних змін у професійній діяльності. Однак 60% мають середні показники, що може свідчити про збереження стабільності, але й про можливий брак інноваційного підходу.

Слід звернути увагу на результати за фактором Q2 (самодостатність), а саме, високий рівень самодостатності виявили 60% респондентів, що свідчить про впевненість у власних силах. Однак 40% мають середній рівень, що може вказувати на можливі труднощі у самостійності та автономії, що в умовах постійного стресу може сприяти вигоранню. Важливими для нашого дослідження є результати за фактором Q3 (самоконтроль) - високий рівень самоконтролю виявили 55% респондентів, що свідчить про здатність контролювати свої емоції та поведінку. Проте 45% мають середні показники, що може свідчити про ризик втрати контролю в умовах високого стресу.

Стосовно фактора Q4 (напруженість) зауважимо, що 50% респондентів мають високий рівень напруженості, що може бути прямим індикатором підвищеного ризику професійного вигорання через постійне відчуття напруги та стресу.

В цілому, результати свідчать про наявність значної кількості фахівців зі стажем більше 3 років, які демонструють показники, що можуть свідчити про ризик професійного вигорання, особливо в аспекті емоційної стабільності, сміливості, занепокоєності та напруженості. Ці фактори можуть спричиняти виснаження, втрату мотивації та інші симптоми вигорання, що вимагає розробки заходів для їх профілактики та підтримки емоційного стану медичних фахівців.

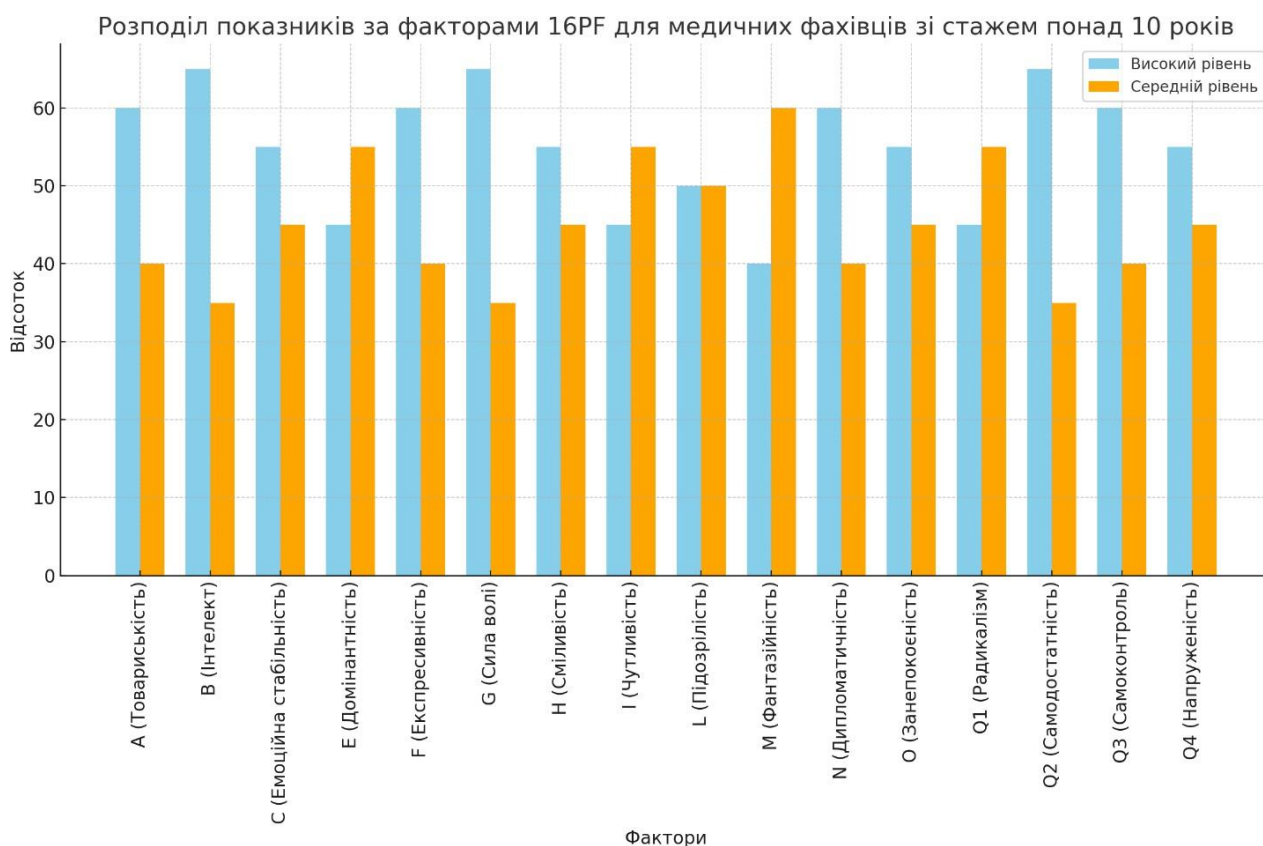


Рисунок 2. 4 – Результати за методикою «16-факторний особистісний опитувальник» Р. Кеттелла» серед медичних фахівців

Результати проведення Багатофакторного особистісного опитувальника 16PF серед медичних фахівців зі стажем понад 10 років (25 осіб) виявили кілька ключових характеристик, які можна пов'язати з ризиком професійного вигорання.

Представимо результати за фактором А (схильність до товариськості). 60% респондентів демонструють високий рівень товариськості, що свідчить про відкритість до спілкування і здатність підтримувати соціальні зв'язки. Однак 40% мають середні показники, що може бути ознакою соціальної втоми чи зниження соціальної активності, яке може бути пов'язане з професійним вигоранням. Слід звернути увагу на фактор В (рівень інтелекту), адже 65% респондентів мають високий рівень інтелекту, що вказує на високі когнітивні здібності, необхідні для ефективного виконання професійних обов'язків. Проте 35% демонструють середні показники, що може бути індикатором когнітивного виснаження або перевантаження, які сприяють розвитку вигорання.

Зупинимося на результатах фактора С (емоційна стабільність), а саме високий рівень емоційної стабільності виявили 50% респондентів, що є позитивним фактором стійкості до стресу. Однак, інші 50% мають середні показники, що вказує на наявність підвищеного ризику емоційного виснаження та можливого розвитку вигорання. Згідно результатів за фактором Е (домінантність), 45% респондентів демонструють високий рівень доміантності, що вказує на впевненість у прийнятті рішень. Проте 55% мають середні показники, що може свідчити про наявність невпевненості у складних професійних ситуаціях, які можуть підвищувати ризик вигорання. Фактор F (експресивність) 50% респондентів мають високий рівень експресивності, що свідчить про здатність виражати емоції. Проте інші 50% мають середні показники, що може свідчити про труднощі у самовираженні, що сприяє накопиченню стресу і підвищенню ризику емоційного вигорання. Згідно фактора G (сильна воля) 70% респондентів демонструють високий рівень сили волі, що є позитивним показником стійкості до стресу. Однак 30% мають середні показники, що може вказувати на труднощі у подоланні стресових ситуацій, які можуть призвести до вигорання. Результати за фактором H (сміливість) говорять, що високий рівень сміливості виявили 55% респондентів, що свідчить про готовність до прийняття викликів. Однак 45%

мають середні показники, що може вказувати на можливу невпевненість у стресових ситуаціях, що може підвищувати ризик вигорання. Що стосується фактора I (чутливість), то ми з'ясували, що 40% респондентів мають високий рівень чутливості, що вказує на емоційну залученість у професійну діяльність. Проте 60% мають середні показники, що може свідчити про знижену емоційну залученість, що також може бути пов'язане з розвитком вигорання. Фактор L (підозрілість) - 50% респондентів демонструють високий рівень підозрілості, що може вказувати на певну напруженість у взаємовідносинах з колегами та пацієнтами. Це може бути фактором ризику розвитку професійного вигорання через постійне відчуття напруги. Звернемо увагу на фактор M (фантазійність), результати якого показують, що 45% респондентів мають високий рівень фантазійності, що вказує на певний рівень креативності в професійній діяльності. Проте 55% мають середні показники, що може вказувати на тенденцію до реалістичного, але рутинного підходу до роботи, що може сприяти накопиченню стресу та вигоранню. Фактор N (дипломатичність) - 60% респондентів мають високий рівень дипломатичності, що свідчить про їхню здатність ефективно взаємодіяти з іншими. Проте 40% мають середні показники, що може вказувати на можливі труднощі в комунікації під час підвищеного стресу, що може сприяти вигоранню. Вагомими є результати за фактором O (занепокоєність), а саме, високий рівень занепокоєності виявили 55% респондентів, що може свідчити про підвищену тривожність, яка є одним з факторів ризику професійного вигорання. Зупинимось на факторах Q1 (радикалізм), результати якого показують, що 50% респондентів мають високий рівень радикалізму, що може вказувати на готовність до змін у професійній діяльності. Проте 50% мають середні показники, що може свідчити про збереження стабільності, але також може обмежувати можливості для інновацій та ефективного вирішення проблем. Фактор Q2 (самодостатність): 65% респондентів мають високий рівень самодостатності, що свідчить про впевненість у власних силах. Однак 35% мають середні показники, що може вказувати на труднощі у самостійності та автономії, що в

умовах постійного стресу може сприяти вигоранню. Згідно результатів за фактором Q3 (самоконтроль) 60% респондентів демонструють високий рівень самоконтролю, що свідчить про здатність контролювати свої емоції та поведінку. Проте 40% мають середні показники, що може свідчити про ризик втрати контролю в умовах високого стресу. Фактор Q4 (напруженість) – високий рівень напруженості виявили 55% респондентів, що може бути індикатором підвищеного ризику професійного вигорання через постійне відчуття напруги та стресу.

Узагальнюючи, можна зробити висновок, що група медичних фахівців зі стажем понад 10 років демонструє значний ризик розвитку професійного вигорання, особливо у зв'язку з емоційною нестабільністю, підвищеною тривожністю, напруженістю та можливими труднощами у прийнятті рішень та самовираженні. Ці фактори потребують уваги з боку керівництва та організації роботи з метою запобігання розвитку вигорання та підтримки психічного здоров'я медичних працівників.

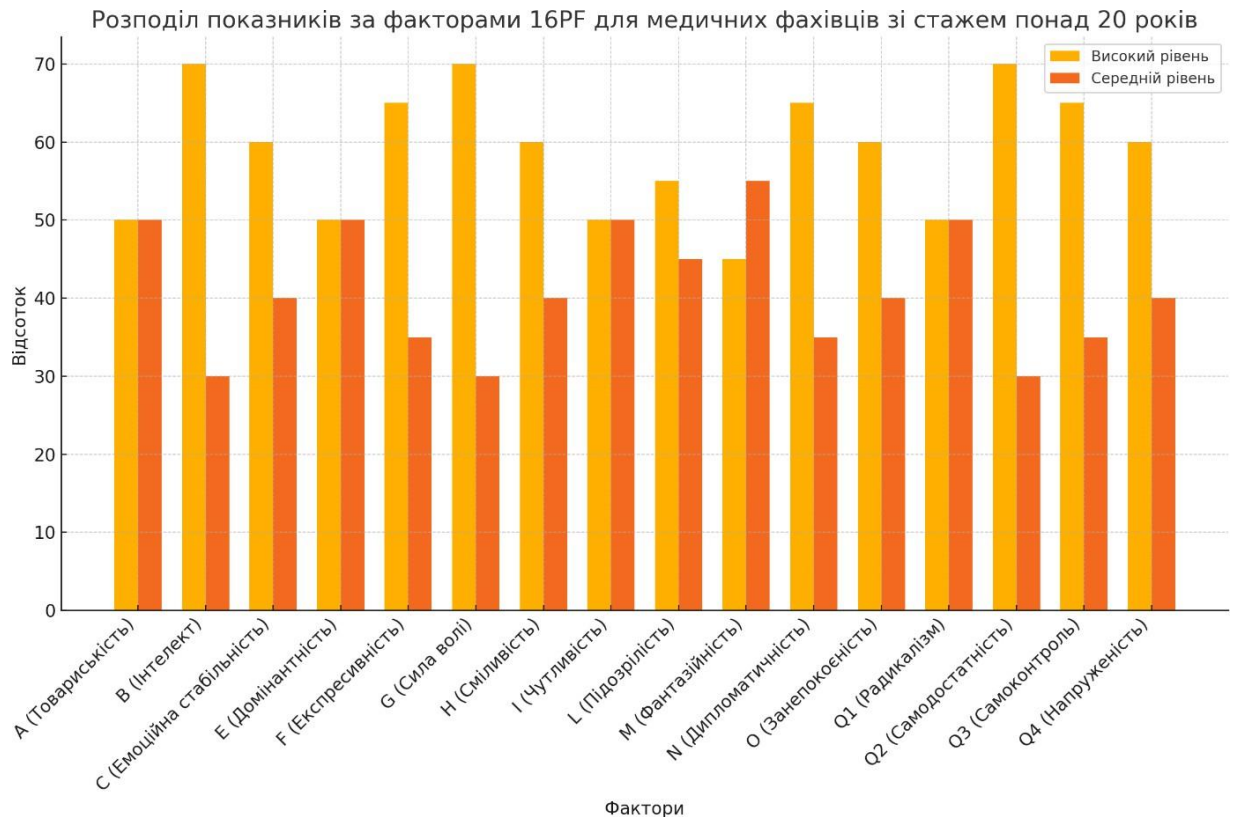


Рисунок 2.5 – Результати за методикою «16-факторний особистісний опитувальник» Р. Кеттелла» для медичних фахівців зі стажем понад 20 років

Аналізуючи результати багатофакторного особистісного опитувальника 16PF у вибірці медичних фахівців зі стажем понад 20 років (30 осіб), можна виділити низку важливих особливостей, що впливають на розвиток професійного вигорання.

Почнемо з фактора А (схильність до товариськості), який у половини респондентів виявився на високому рівні. Це свідчить про збереження соціальної активності та здатності підтримувати комунікацію з колегами. Однак, зі збільшенням стажу роботи, можна спостерігати поступове зниження цієї активності, що, в свою чергу, може зумовити зростання ризику емоційного відчуження та вигорання. Перейдемо до фактора В (рівень інтелекту), який у 70% респондентів виявився високим. Це свідчить про стабільність когнітивних функцій і значний досвід у прийнятті рішень, що є ключовими чинниками у протидії емоційному вигоранню. Високий рівень інтелекту допомагає фахівцям компенсувати зниження енергетичних ресурсів, характерне для тривалого професійного навантаження. Наступним є фактор С (емоційна стабільність), де високий рівень виявлено у 60% опитаних. Це свідчить про підвищену стресостійкість та здатність контролювати емоційний стан, що суттєво зменшує ризик розвитку емоційного вигорання. Зростаючий досвід роботи сприяє зміцненню цієї стабільності. Фактор Е (Домінантність) виявився високим у 50% учасників дослідження, що вказує на зростання впевненості у собі та впливовості у колективі з набуттям професійного досвіду. Висока домінантність може бути як захисним чинником, так і джерелом конфліктів, що може підвищувати емоційне напруження.

Не можна обійти увагою фактор F (експресивність), де 65% респондентів виявили високий рівень. Це свідчить про їхню активність та емоційну відкритість, однак надмірна експресивність може призводити до швидшого виснаження емоційних ресурсів і підвищувати ризик емоційного вигорання. Фактор G (Сильна воля), який виявився високим у 70% опитаних, є важливим для подолання професійних труднощів та стресу. Високий рівень

сили волі може підтримувати стійкість у професійній діяльності, допомагаючи фахівцям ефективно протистояти емоційному виснаженню.

Також варто зазначити фактор Н (сміливість), який показав високі значення у 60% учасників. Це свідчить про готовність до активного прийняття рішень та ініціативності. Втім, така активність, за відсутності належної підтримки, може призводити до перевантаження та підвищувати ризик емоційного вигорання.

Дослідження також виявило значну частку респондентів з високим рівнем фактора І (чутливість) – у 50%. Це може підвищувати рівень емпатії та співчуття до пацієнтів, але також збільшує ризик емоційного виснаження через інтенсивне емоційне залучення в роботу. Фактор L (підозрілість), що показав високі значення у 55% респондентів, свідчить про обережність у стосунках. Однак надмірна підозрілість може призводити до відчуження від колективу, що знижує рівень підтримки та, відповідно, підвищує ризик вигорання.

Що стосується фактора М (фантазійність), то він був високим у 45% опитаних, що свідчить про їхню креативність та здатність до нестандартного мислення. Проте, така фантазійність може створювати почуття нестабільності та збільшувати ризик емоційного виснаження. Фактор N (дипломатичність), який показав високий рівень у 65% респондентів, сприяє підтримці гармонійних відносин у колективі, що може зменшувати конфліктні ситуації та ризик емоційного вигорання. Фактор О (занепокоєність), високий у 60% учасників, свідчить про підвищений рівень стресу та ризик емоційного виснаження, особливо в умовах тривалого професійного навантаження.

Варто також відзначити фактор Q1 (радикалізм), який виявився високим у 50% респондентів, сприяючи інноваціям та змінам у роботі. Проте, постійна необхідність змін може викликати стрес і сприяти вигоранню. Фактор Q2 (самодостатність), що показав високі значення у 70% опитаних, свідчить про незалежність у прийнятті рішень. Така самодостатність може призводити до

почуття ізоляції та зниження підтримки з боку колег, що підвищує ризик вигорання.

Заключним є фактор Q3 (самоконтроль), що був високим у 65% респондентів. Це важливо для підтримки стабільної роботи, але надмірний самоконтроль може викликати внутрішню напругу та підвищувати ризик емоційного виснаження. Фактор Q4 (напруженість), високий у 60% опитаних, вказує на підвищений рівень стресу, який є одним із основних чинників емоційного вигорання.

Таким чином, результати дослідження показують, що медичні фахівці зі стажем понад 20 років демонструють значний рівень когнітивної стійкості та емоційного контролю, що є важливими чинниками у протидії професійному вигоранню. Однак, зростаючий рівень занепокоєння, напруженості та чутливості вказує на ризик емоційного виснаження, що потребує додаткових заходів підтримки для збереження їхнього психоемоційного благополуччя.

Результати дослідження, проведеного серед трьох груп медичних фахівців з різним рівнем стажу (понад 3, 10 і 20 років), на основі Багатофакторного особистісного опитувальника 16PF, виявили суттєві відмінності у особистісних характеристиках, які можуть впливати на ризик розвитку професійного вигорання.

Медичні фахівці зі стажем понад 3 роки продемонстрували відносно високі показники соціальної активності, емоційної стабільності та сили волі. Це свідчить про їхню здатність підтримувати активну комунікацію, стійкість до стресових ситуацій та впевненість у власних силах. Проте, середні показники у таких факторах, як домінантність, сміливість і самоконтроль, вказують на певні труднощі у прийнятті рішень, що може впливати на їхню впевненість у складних ситуаціях. Незважаючи на це, в цій групі спостерігається відносно низький ризик розвитку професійного вигорання.

Медичні фахівці зі стажем понад 10 років показали більш виражені ознаки ризику вигорання. У цієї групи спостерігаються підвищені рівні занепокоєності, напруженості та емоційної нестабільності. Хоча більшість

фахівців демонструють високий рівень інтелекту та самоконтролю, частина з них відчуває труднощі у підтриманні емоційної стабільності та соціальної активності. Це може бути пов'язано з накопиченням стресу та емоційного виснаження, що, у свою чергу, підвищує ризик професійного вигорання.

Медичні фахівці зі стажем понад 20 років демонструють найвищий рівень ризику розвитку професійного вигорання серед усіх трьох груп. У цій групі спостерігається високий рівень підозрілості, занепокоєності та напруженості. Хоча ці фахівці мають значний досвід та високі когнітивні здібності, емоційне виснаження та зниження соціальної активності є серйозними чинниками ризику. Високі рівні сміливості та домінантності можуть вказувати на стійкість до стресу, проте вони не компенсують підвищену тривожність та напруженість, які характерні для цієї групи.

Таким чином, зі зростанням професійного стажу у медичних фахівців зростає ризик розвитку професійного вигорання. Хоча досвід і професійні навички підвищують їхню здатність справлятися зі складними ситуаціями, емоційне виснаження, тривожність та підвищена напруженість поступово накопичуються, створюючи умови для вигорання. Це свідчить про необхідність постійного моніторингу психоемоційного стану медичних працівників, особливо з великим стажем, та впровадження заходів щодо профілактики та подолання професійного вигорання.

Описуючи результати дослідження медичних фахівців зі стажем роботи понад три роки за Шкалою перфекціонізму О. Лозі, розглянемо розподіл між чотирма основними формами перфекціонізму (гіперперфекціонізм, конструктивний перфекціонізм, деструктивний перфекціонізм та гіпоперфекціонізм).

Таблиця 2.3 – Співвідношення фахівців, які продемонстрували різні форми перфекціонізму у трьох групах залежно від стажу роботи

<b>Група медичних фахівців</b>	<b>Гіпер перфекціонізм</b>	<b>Конструктивний перфекціонізм</b>	<b>Деструктивний перфекціонізм</b>	<b>Гіпо перфекціонізм</b>
<b>Стаж понад 3 роки</b>	40%	30%	20%	10%
<b>Стаж понад 10 років</b>	32%	36%	20%	12%
<b>Стаж понад 20 років</b>	30%	40%	20%	10%

Загальний аналіз рівня перфекціонізму серед медичних фахівців із різним стажем роботи показує наступні тенденції. Показники по типу «гіперперфекціонізм» показують наступні результати, а саме відсоток медичних фахівців із високими особистісними стандартами та поляризованим мисленням знижується зі збільшенням стажу роботи (від 40% у групі зі стажем понад 3 роки до 30% у групі зі стажем понад 20 років). Це свідчить про те, що з часом фахівці частіше починають усвідомлювати нереалістичність своїх очікувань і краще адаптуються до професійних вимог, що знижує їх схильність до гіперперфекціонізму.

Такий тип перфекціонізму як «конструктивний перфекціонізм» стає більш вираженим зі збільшенням стажу роботи (зростає від 30% у групі зі стажем понад 3 роки до 40% у групі зі стажем понад 20 років). Це може свідчити про те, що з часом медичні фахівці формують більш адекватні стандарти та реалістичні очікування, що сприяє їхньому професійному зростанню та ефективності. Водночас, відсоток фахівців із деструктивними тенденціями перфекціонізму залишається відносно стабільним у всіх групах (20%). Це вказує на те, що певний відсоток медичних фахівців, незалежно від стажу роботи, схильний до поляризованого мислення та низьких особистісних

стандартів, що може негативно впливати на їхню професійну діяльність і психоемоційний стан.

Відсоток медичних фахівців, що демонструють низький рівень перфекціонізму по типу «гіперперфекціонізм», залишається досить низьким у всіх групах (близько 10-12%). Це свідчить про те, що більшість медичних фахівців все-таки мають високі стандарти в своїй діяльності, але зі збільшенням стажу вони все ж таки адаптуються до вимог роботи, уникаючи крайнощів гіперперфекціонізму.

Загалом, результати дослідження вказують на те, що зі збільшенням стажу роботи медичні фахівці частіше демонструють конструктивний перфекціонізм, що сприяє їхньому професійному зростанню та зниженню ризику професійного вигорання.

У дослідженні, проведеному серед медичних фахівців з різним стажем роботи, були використана методика оцінки механізмів психологічного захисту, а саме методика "Індекс життєвого стилю" (Life Style Index, LSI).

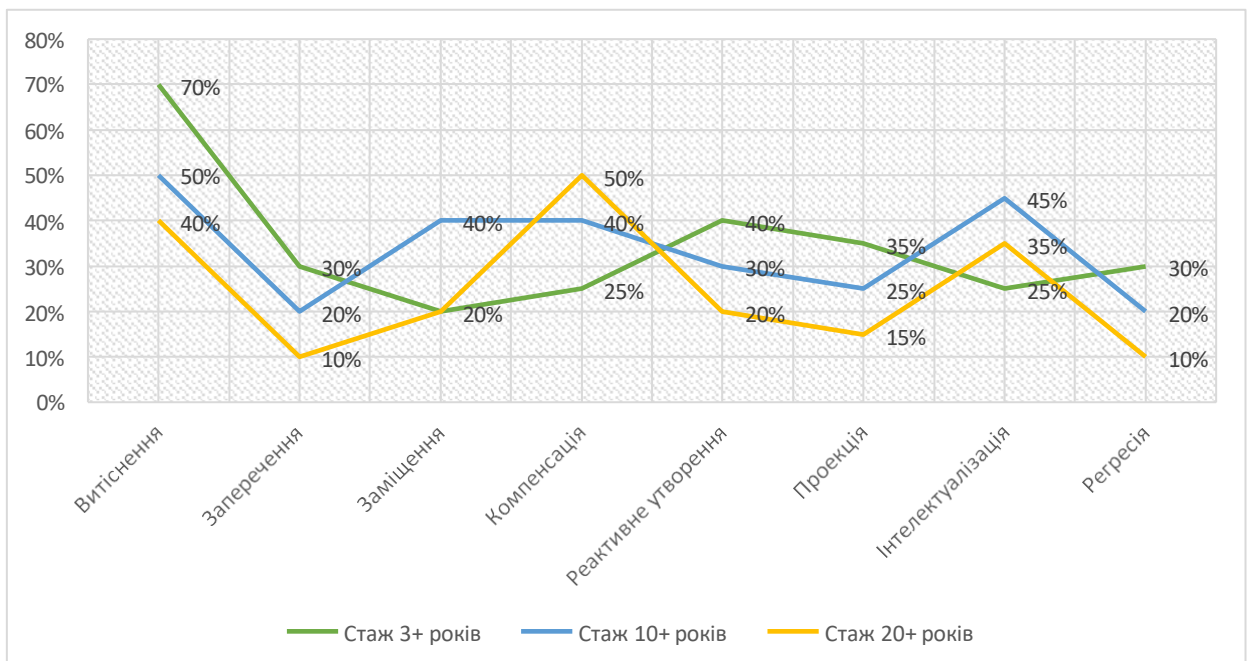


Рисунок 2.6 – Зміни в механізмах психологічного захисту з ростом стажу роботи медичних фахівців

Проаналізуємо результати дослідження механізмів психологічного захисту серед медичних фахівців з різним стажем роботи. Витіснення є

найбільш вираженим механізмом у фахівців з меншим стажем (до 10 років), з рівнем 70% (14 осіб). Це може свідчити про початкову невизначеність у справлянні з неприємними емоціями та ситуаціями. У фахівців з понад 20-річним стажем рівень витіснення знижується до 40% (12 осіб), що може відображати зростання здатності адаптуватися і більш зріле сприйняття стресових ситуацій. Заперечення є менш вираженим у фахівців з більшим стажем роботи. У групі з меншим стажем (до 10 років) 30% (6 осіб) використовують цей механізм, тоді як у фахівців з понад 20-річним стажем цей рівень знижується до 10% (3 осіб). Це може свідчити про поступове усвідомлення реальності та більшу стійкість до стресу з накопиченням професійного досвіду. Заміщення є більш вираженим у фахівців з середнім стажем (більше 10 років) — 40% (10 осіб). Це може свідчити про використання заміщення як стратегії для управління емоційним навантаженням у середньому етапі кар'єри. У фахівців з меншим стажем рівень заміщення складає 20% (4 осіб), а у фахівців з понад 20-річним стажем також спостерігається 20% (6 осіб), що вказує на стабільність у використанні цього механізму. Рівень компенсації підвищується у фахівців з більш ніж 20-річним стажем — 50% (15 осіб). Це може свідчити про зростаючу потребу компенсувати негативні впливи професійних стресів досягненням успіху в інших сферах. У фахівців з меншим стажем цей механізм виявляється менш вираженим — 25% (5 осіб). Реактивне утворення зменшується з ростом стажу. У фахівців з понад 20-річним стажем цей механізм проявляється у 20% (6 осіб), в той час як у молодших фахівців цей рівень досягає 40% (8 осіб). Це може свідчити про зменшення потреби в демонстрації протилежних емоцій або поведінки як захисту у більш досвідчених фахівців.

Проекція є значно вираженішою у фахівців з меншим стажем — 35% . Це може вказувати на меншу здатність розпізнавати та приймати власні негативні риси або почуття. У фахівців з понад 20-річним стажем рівень проекції зменшується до 15%, що відображає більш зріле усвідомлення власних особистісних рис.

Вищий рівень інтелектуалізації спостерігається у фахівців з понад 10-річним стажем — 45% (11 осіб). Це може свідчити про використання раціоналізації як стратегії для розумового осмислення та пояснення неприємних ситуацій. У фахівців з меншим стажем цей механізм використовується рідше — 25% (5 осіб).

Регресія є найбільш вираженою у фахівців з меншим стажем — 30% (6 осіб). Це може бути пов'язано з меншою стійкістю до стресу на початкових етапах кар'єри. У фахівців з понад 20-річним стажем рівень регресії зменшується до 10% (3 осіб), що свідчить про зрілість і стабільність в управлінні стресом.

Результати дослідження демонструють, що з ростом професійного стажу медичні фахівці переходять від використання менш адаптивних механізмів психологічного захисту до більш зрілих та ефективних стратегій. Молодші фахівці частіше використовують примітивні або менш ефективні механізми, такі як витіснення і проєкція, що може свідчити про потребу у додатковій психологічній підтримці та тренінгах для покращення їх стійкості і адаптації до професійних стресів. Підвищення ефективності механізмів захисту з часом може бути результатом накопичення досвіду та розвитку професійних навичок.

### **2.3 Особливості профілактики та подолання професійного вигорання медичних фахівців**

Тема профілактики професійного вигорання медичних фахівців є надзвичайно актуальною і досліджується багатьма фахівцями з різних галузей. Психологи вивчають причини вигорання, розробляють методики діагностики та терапії, а також створюють програми профілактики. Соціологи досліджують соціальні аспекти вигорання, зокрема вплив організаційної культури, робочого навантаження та соціальної підтримки на розвиток цього синдрому. Медики аналізують фізіологічні зміни, пов'язані з вигоранням,

розробляють медичні рекомендації для профілактики та лікування. Менеджери охорони здоров'я розробляють стратегії управління персоналом, спрямовані на запобігання вигоранню. Важливу роль у дослідженні цієї проблеми відіграють також міжнародні організації. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробляє рекомендації щодо профілактики вигорання та сприяє проведенню досліджень у цій галузі. Міжнародна асоціація психологів об'єднує психологів з усього світу для обміну досвідом та розробки нових підходів до профілактики вигорання. Крім того, над цією проблемою працюють численні науково-дослідні інститути, університети та медичні заклади по всьому світу.

Обґрунтуємо потребу розробки тренінгів з профілактики та корекції професійного вигорання медичних працівників. Варто наголосити, що професійне вигорання серед медичних працівників є серйозною проблемою сучасності, яка має значні соціальні та економічні наслідки. Ось чому розробка спеціалізованих тренінгів є необхідною. До соціальних наслідків вигорання слід віднести те, що вигорання призводить до зниження концентрації, підвищення рівня помилок, зменшення емпатії до пацієнтів. Також втома, емоційне виснаження та зниження мотивації можуть призвести до невірних діагнозів та призначень. Як наслідок незадоволені потреби пацієнтів, грубість та байдужість з боку медичного персоналу можуть призвести до конфліктів та скарг. Вагомими є економічні наслідки, зокрема, вигорання призводить до підвищення плинності кадрів, що вимагає додаткових витрат на пошук та навчання нового персоналу. Водночас, вигорання знижує ефективність роботи медичних працівників, що призводить до збільшення тривалості лікування та перебування пацієнтів у стаціонарі.

Окремо зупинимося на психологічних наслідках для медичних працівників, а саме: погіршення фізичного та психічного здоров'я (безсоння, головні болі, депресія, тривожні розлади), зниження самооцінки та професійної самоідентифікації, порушення сімейних та соціальних відносин.

За результатами нашого дослідження ми розробили тренінги профілактики та корекції професійного вигорання. На нашу думку саме тренінги є ефективним інструментом профілактики та корекції вигорання, адже вони допомагають медичним працівникам зрозуміти причини вигорання, його симптоми та наслідки. Водночас учасники тренінгів навчаються ефективним стратегіям управління стресом, комунікації, самодопомоги. Тренінги допомагають змінити ставлення медичних працівників до роботи, до себе та до оточуючих. Групові заняття сприяють створенню атмосфери взаємодопомоги та підтримки.

При розробці тренінгів слід враховувати ключові аспекти, зокрема специфіку роботи різних медичних спеціальностей. Також поєднувати теоретичні знання з практичними вправами, створити атмосферу довіри та відкритості. Проводити тренінги на регулярній основі. Залучати керівництво медичних закладів до процесу профілактики вигорання.

Отже, розробка та проведення тренінгів з профілактики та корекції професійного вигорання є необхідною мірою для збереження здоров'я медичних працівників, підвищення якості медичної допомоги та зменшення витрат на охорону здоров'я.

Тренінг з профілактики професійного вигорання для медичних працівників. Тема тренінгу: «Збереження професійного здоров'я: профілактика вигорання»

Мета тренінгу:

- Поглибити розуміння медичними працівниками сутності професійного вигорання.
- Навчити розпізнавати ранні ознаки вигорання у себе та колег.
- Розробити індивідуальні стратегії подолання стресу та відновлення ресурсів.
- Сформувати навички ефективної комунікації та співпраці в колективі.
- Створити позитивний психологічний клімат в колективі.

Тривалість тренінгу: 2-3 години (може бути адаптована під конкретні потреби).

Структура тренінгу:

1. Вступ (15 хвилин)
    - Привітання учасників.
    - Актуалізація теми: обговорення актуальності проблеми вигорання в медичній сфері.
      - Постановка цілей тренінгу.
  2. Теоретична частина (30 хвилин)
    - Визначення поняття «професійне вигорання».
    - Причини виникнення вигорання (особистісні, організаційні).
    - Симптоми вигорання на різних стадіях.
    - Наслідки вигорання для особистості та професійної діяльності.
  3. Практичні вправи (45 хвилин)
    - Вправа «Колесо життя»: Оцінка балансу різних сфер життя (робота, сім'я, здоров'я, хобі).
      - Вправа «Стресові ситуації»: Ідентифікація типових стресових ситуацій на роботі та розробка стратегій їх подолання.
      - Техніки релаксації: Дихальні вправи, медитація, візуалізація.
      - Комунікативні вправи: Розвиток навичок активного слухання, конструктивної критики, ефективного спілкування.
      - Вправа «Підтримка в колективі»: Обговорення важливості взаємодопомоги та створення позитивного клімату в колективі.
  4. Підведення підсумків (15 хвилин)
    - Обмін враженнями та зворотній зв'язок.
    - Розробка індивідуальних планів дій для профілактики вигорання.
    - Заключне слово тренера.
- Методи та прийоми:
- Лекція
  - Групова дискусія

- Рольові ігри
- Психологічні вправи
- Презентації
- Відеоматеріали

Матеріали для проведення тренінгу:

- Презентація з теоретичним матеріалом.
- Роздаткові матеріали (бланки для вправ, пам'ятки).
- Фліпчарт, маркери.
- Таймер.

Рекомендації для проведення тренінгу:

- Створити довірчу атмосферу в групі.
- Забезпечити активну участь всіх учасників.
- Використовувати різноманітні методи навчання для утримання уваги.
- Надавати індивідуальну підтримку учасникам.
- Запропонувати додаткові ресурси для самостійної роботи (література, онлайн-платформи).

Можливі теми для подальших тренінгів:

- «Емоційна інтелігенція та управління стресом».
- «Техніки ефективного тайм-менеджменту».
- «Асертивна комунікація».
- «Командна робота та взаємодопомога».

Тренінг з корекції професійного вигорання для медичних фахівців. Тема тренінгу: «Відновлення ресурсів: подолання професійного вигорання»

Мета тренінгу:

- Сприяти усвідомленню медичними працівниками наявності та ступеня вигорання.
- Розвинути навички самопомоги та управління стресом.
- Відновити емоційні ресурси та мотивацію до роботи.

- Сформувати нові стратегії взаємодії з пацієнтами та колегами.

Тривалість тренінгу: 4-6 годин (може бути адаптована під конкретні потреби).

Структура тренінгу:

1. Вступ (15 хвилин)
  - Привітання учасників.
  - Актуалізація теми: обговорення проявів вигорання та його впливу на життя.
  - Постановка цілей тренінгу.
2. Теоретична частина (30 хвилин)
  - Визначення поняття «професійне вигорання».
  - Стадії вигорання.
  - Фактори ризику та наслідки.
3. Практичні вправи (60 хвилин)
  - Вправа «Колесо життя»: Оцінка балансу різних сфер життя до та після появи ознак вигорання.
  - Техніка «Щоденник подяк»: Фіксація позитивних моментів у житті.
  - Вправа «Асертивне спілкування»: Відпрацювання навичок відстоювання своїх прав без порушення прав інших.
  - Релаксаційні техніки: Прогресивна м'язова релаксація, візуалізація.
  - Техніка «Колесо емоцій»: Ідентифікація та вираження своїх емоцій.
4. Розробка індивідуальних планів відновлення (30 хвилин)
  - Кожен учасник складає індивідуальний план дій для подолання вигорання.
5. Підведення підсумків (15 хвилин)
  - Обмін враженнями та зворотній зв'язок.
  - Надання рекомендацій щодо подальшої самостійної роботи.

Методи та прийоми:

- Лекція
- Групова дискусія
- Рольові ігри
- Інтерактивні вправи
- Коучинг
- Метод випадкових асоціацій

Матеріали для проведення тренінгу:

- Презентація з теоретичним матеріалом.
- Роздаткові матеріали (бланки для вправ, пам'ятки).
- Фліпчарт, маркери.
- Таймер.
- Аудіозаписи для релаксації.

Рекомендації для проведення тренінгу:

- Створити атмосферу довіри та безпеки.
- Забезпечити конфіденційність.
- Заохочувати учасників до відкритого спілкування.
- Надавати індивідуальну підтримку.
- Запропонувати додаткові ресурси для самостійної роботи.

Можливі теми для подальших тренінгів:

- «Тайм-менеджмент для медичних працівників».
- «Емоційна стійкість та саморегуляція».
- «Техніки позитивного мислення».

Важливо розуміти, що корекція вигорання – це тривалий процес, який вимагає не тільки участі в тренінгах, але й систематичної роботи над собою.

Для досягнення максимального ефекту рекомендується поєднання індивідуальних та групових занять, а також організаційної підтримки з боку адміністрації медичного закладу.

**Висновки до розділу.**

Результати емпіричного дослідження підтвердили важливу роль особистісних характеристик у розвитку вигорання. Виявлено, що такі особистісні риси, як перфекціонізм, підвищена відповідальність, низька самооцінка, збільшують ризик вигорання. Отримані дані дозволили розробити більш точні програми профілактики та корекції вигорання.

Розроблені тренінги спрямовані на розвиток навичок саморегуляції, управління стресом, ефективною комунікації та співпраці. Тренінги допомагають медичним працівникам краще розуміти себе, свої емоції та потреби, а також знаходити способи відновлення сил. Регулярне проведення тренінгів сприяє створенню позитивного психологічного клімату в колективі та підвищенню задоволеності роботою.

## ВИСНОВКИ

1. Професійне вигорання є серйозною проблемою, яка отримала значну увагу в науково-психологічній літературі. Воно являє собою стан хронічного стресу, що виникає на фоні тривалої роботи в умовах високих емоційних, фізичних та психологічних навантажень. Для медичних фахівців цей синдром особливо небезпечний, оскільки пов'язаний з постійною взаємодією з пацієнтами, високою відповідальністю за їхнє здоров'я та життя, а також необхідністю приймати складні рішення в умовах обмеженого часу і ресурсів. У літературі вигорання розглядається як багатокомпонентне явище, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійної ефективності. Психологічні та психосоматичні наслідки вигорання негативно впливають не лише на професійну діяльність, але й на особисте життя медичних працівників, що підкреслює необхідність глибшого вивчення цієї проблеми та розробки ефективних стратегій профілактики та корекції.

2. Професійно-особистісний розвиток медичних фахівців проходить у складних умовах, що вимагають високого рівня емоційної стійкості, емпатії, швидкого прийняття рішень та здатності до саморегуляції. Медичні працівники постійно знаходяться під впливом стресових чинників, таких як висока відповідальність за життя пацієнтів, етичні дилеми, фізичне та емоційне перевантаження, а також дефіцит часу на відпочинок і відновлення. Усі ці фактори сприяють накопиченню емоційної напруги, яка, якщо не знаходить адекватного виходу, може призвести до розвитку синдрому професійного вигорання.

Психологічні чинники, що сприяють виникненню синдрому вигорання серед медичних фахівців, включають: постійну емоційну перевантаженість, хронічний стрес, недостатній рівень підтримки з боку колег та керівництва, а також особистісні особливості, такі як схильність до перфекціонізму, висока тривожність та низький рівень саморегуляції. Крім того, важливу роль

відіграють особливості професійного середовища: напружений робочий графік, відсутність можливості відпочинку, моральне виснаження через постійний контакт з пацієнтами, які потребують допомоги, а також обмежені можливості для професійного зростання і самореалізації. Це все створює передумови для розвитку синдрому вигорання, що може проявлятися в емоційному виснаженні, деперсоналізації та зниженні почуття особистих досягнень.

3. Емпіричні дослідження виявили, що особистісні детермінанти відіграють ключову роль у розвитку професійного вигорання серед медичних фахівців. Серед найважливіших особистісних чинників, що впливають на схильність до вигорання, варто виділити низький рівень стресостійкості, високий перфекціонізм, недостатні навички емоційної саморегуляції та схильність до емоційного виснаження. Такі характеристики, як тривожність, низька самооцінка, страх невдачі та внутрішній конфлікт між професійними та особистими цінностями, також сприяють розвитку синдрому вигорання. Під час емпіричного дослідження було виявлено, що медичні працівники з високою емоційною залученістю та схильністю до перфекціонізму частіше стикаються з емоційним виснаженням і деперсоналізацією. Водночас ті, хто має високий рівень адаптивних ресурсів, таких як стресостійкість і ефективні стратегії копіngu, менш схильні до розвитку вигорання.

Результати дослідження підтверджують, що особистісні детермінанти відіграють важливу роль у формуванні та прогресуванні синдрому професійного вигорання. Це підкреслює необхідність індивідуального підходу до профілактики та корекції цього явища, зокрема, через розвиток особистісних ресурсів, таких як саморегуляція, стресостійкість та здатність до конструктивного вирішення конфліктів. Важливо також враховувати, що професійне вигорання медичних фахівців є результатом взаємодії особистісних характеристик із зовнішніми стресовими факторами, що потребує комплексного підходу до вирішення проблеми.

4. На основі цих результатів обґрунтовано потребу розробки спеціалізованих тренінгів для профілактики та корекції професійного вигорання медичних працівників. Враховуючи негативний вплив вигорання на якість медичних послуг, задоволеність пацієнтів, а також економічні показники, такі тренінги є необхідною складовою системи підтримки медичних фахівців.

Розробка тренінгів базується на необхідності навчання медичних працівників ефективним стратегіям управління стресом, розпізнаванню ранніх ознак вигорання, покращенню комунікаційних навичок та формуванню позитивного психологічного клімату в колективах. Це дозволить не тільки попередити розвиток вигорання, але й допоможе медичним працівникам відновити свої емоційні ресурси, підвищити мотивацію до роботи та зберегти професійне здоров'я, що в свою чергу сприятиме покращенню якості надання медичної допомоги і зменшенню витрат на охорону здоров'я.

Тому розробка та впровадження тренінгів з профілактики та корекції професійного вигорання є необхідною мірою для підтримки здоров'я медичних працівників та підвищення ефективності їхньої професійної діяльності.

