

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕФОРМАЦІЙ У  
ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ**

**Кваліфікаційна робота (проект)**

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: студентка 4 курсу 07-431 групи  
Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійної програми «Психологія»  
Світлана КЛИМЧУК

Керівник: к.психол.н., доцент Наталія ТАВРОВЕЦЬКА  
Рецензент: к.психол.н., доцент Анастасія ЯЦЮК

Херсон 2020

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	6
1.1 Професійні деформації як негативна сторона впливу професійної діяльності на формування особистості.....	6
1.2. Стресовий характер діяльності та проблема професійного вигорання медичних працівників.....	20
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕФОРМАЦІЙ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	30
2.1. Організація та методика емпіричного дослідження.....	30
2.2. Результати діагности рівня емпатії у працівників швидкої медичної допомоги.....	35
2.3. Поширеність професійного вигорання серед фельдшерів швидкої медичної допомоги.....	39
2.4. Залученість в роботу та персональні ресурси протистояння професійним деформаціям.....	43
ВИСНОВКИ.....	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	54
ДОДАТКИ.....	60
Додаток 1А. «Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету».....	60
Додаток А. Діагностичні методики, використані в дослідженні.....	61
Додаток Б. Порівняльний аналіз даних: Kruskal Wallis Test.....	70

## ВСТУП

Головна мета і сенс роботи медичних працівників полягає в турботі про інших людей. Але праця в сфері охорони здоров'я може призвести до професійних деформацій та вигорання, що значно знижує не тільки якість життя працівника, але також і ефективність виконання робочих завдань. Тому для успішного надання допомоги іншим людям лікарям та середньому медичному персоналу потрібна турбота про себе.

Ця думка підтримана в науковій спільності; психологічне здоров'я та професійна ефективність медичних працівників є предметом аналізу для багатьох дослідників в усьому світі. Вплив професії на особистість досліджується в соціальній психології і психології праці, диференціальній психології, психології особистості, патопсихології, психології здоров'я. Сьогодні накопичені теоретичні та емпіричні відомості про чинники, що впливають на фізичне та психічне здоров'я медичних працівників, запропоновані відповідні психологічні втручання та організаційні заходи. Такі розробки важливі не тільки для працівників медичної сфери, але також для всього суспільства. Не потребує пояснень, що професійно-компетентні та психологічно-благополучні працівники сфери охорони здоров'я є запорукою суспільного блага.

Теоретичні аспекти взаємовпливу в системі «особистість – професія» ґрунтовно досліджені вітчизняними психологами. На негативні наслідки впливу професійної діяльності звертають увагу С. П. Безносов, Ж. П. Вірна, Р. М. Грановська, С. О. Дружилов, О. П. Єрмолаєва, Е. Ф. Зеєр, Є. П. Ільїн, Є. О. Клімов. Окремо розглядається важлива проблема емоційного вигорання спеціалістів в професіях типу «людина-людина» (С. Maslach, М. Р. Leiter, S. E. Hobfoll, W. B. Schaufeli, Н. Є. Водоп'янова, О. С. Старченкова та інші). В цих працях показано, що професійні деформації є розповсюдженим явищем, особливо серед фахівців стресогенних та соціономічних професій. Розроблені теоретичні

концепції та практичні програми адаптації, супроводу, реабілітації спеціалістів. Але не зважаючи на очевидність та важливість проблеми, її теоретичну та методологічну обґрунтованість, в Україні (на відміну від багатьох розвинених країн світу) досі не існує комплексної системи виявлення, профілактики і подолання проблем, пов'язаних з професійними деформаціями медичних працівників. Окремі емпіричні дослідження вітчизняних вчених (І. Коваль, Т. А. Вежновець, О. М. Знанецька, О. Г. Лисенко, В. Д. Парій, В. В. Постнов) підтверджують актуальність проблеми вигорання та професійної дезадаптації лікарів різного профілю.

Все це обумовлює актуальність теми дипломної роботи.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично визначити прояви професійних деформацій у працівників медичної сфери.

Поставлена мета конкретизована в наступних завданнях:

1) на основі аналізу й узагальнення даних наукової літератури охарактеризувати психологічні деформації як наслідки негативного впливу професійної діяльності на людину, визначити передумови на наслідки цього явища в середовищі медичних працівників;

2) зібрати емпіричні дані, з'ясувати поширеність і рівень виразності професійних деформацій серед працівників швидкої медичної допомоги,

3) визначити вагомі фактори професійної діяльності, що впливають на виразність деформацій медичних працівників.

**Об'єкт дослідження** – вплив професійної діяльності на формування особистості.

**Предмет дослідження** – професійні деформації у працівників медичної сфери.

**Методи дослідження:** Було проведене емпіричне дослідження у вибірці 36 фельдшерів швидкої медичної допомоги зі стажем роботи від 3 до 32 років, м. Вінниця. Респонденти розділені на три групи відповідно до віку і стажу професійної діяльності: працівники на стадії первинної професіоналізації (10 осіб), працівники на стадії вторинної

професіоналізації (12 осіб), працівники на стадії професійної майстерності (14 осіб). Для психологічної діагностики проявів професійної деформації використано опитувальник «Професійне вигорання» для медичних працівників (Н. Є. Водоп'янова, О. С. Старченкова) і методика діагностики рівня емпатії В. В. Бойка. Для визначення професійних факторів, що спричиняють або запобігають деформаціям особистості, використана «Утрехтська шкала залученості в роботу» (W. В. Schaufeli, адаптація Д. А. Кутузової), методика «Втрати і придбання персональних ресурсів» (Н. Є. Водоп'янова, А. Д. Наследов). Для інтерпретації отриманих емпіричних даних застосовано методи математичної статистики: частотний аналіз, описову статистику, порівняльний аналіз (критерій Крускала-Уолліса). Для підрахунків використовували програми Microsoft Excel 2003 та SPSS (версія 17).

**Практичне значення одержаних результатів.** В дипломній роботі розкрито основні передумови на наслідки виникнення професійних деформацій у медичних працівників. На основі емпіричних даних описана специфічна структура емпатії, що розвивається в ході професіоналізації; виявлені складні взаємовпливи між залученістю у працю та проявами професійного вигорання; обґрунтовано проблему нестачі ресурсного потенціалу. Все це є основою для розробки програм психологічної допомоги та організаційних заходів, спрямованих на профілактику і корекцію професійних деформацій. Матеріали дослідження будуть корисні соціальним, практичним та медичним психологам, викладачам, що готують спеціалістів у сфері охорони здоров'я, а також усім, хто зацікавлений у вирішенні поставленої проблеми.

**Структура роботи.** Дипломна робота складається із вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та двох додатків. Обсяг основного тексту – 52 сторінки, що містять 7 таблиць і 5 малюнків. Список бібліографічних джерел складає 48 найменувань, із них 9 англійською мовою.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

#### 1.1 Професійні деформації як негативна сторона впливу професійної діяльності на формування особистості

Термін «деформація» (від лат. *deformare*: *de* – викривляти, спотворювати та *formare* – надавати вид, формувати) найчастіше використовується в природничих науках для визначення змін реальних об'єктів під дією зовнішніх сил. Поняття «професійна деформація» ввів в науковий обіг соціолог П. Сорокін на початку ХХ ст. для позначення негативного впливу, який чинить професійна діяльність на людину. Професійні акти «перетворюють людину за своїм образом і подобою», і чим більш тривалою та специфічно-складною є професійна діяльність, тим сильнішим є її вплив. Це проявляється не тільки в змінах зовнішності та анатомічної будови тіла, рухових й інших рефлексів, але також у деформаціях психічних переживань та особистісних рис, соціальності та всього способу життя людини [36]. Це дозволило зсунути фокус уваги науковців з медико-біологічних факторів ризику (професійних захворювань) на психологічні аспекти зазначеної проблеми.

Окремі науковці називають деформацією будь-який вплив професійної діяльності на особистість: *позитивний* (особистісне зростання, що проявляється в досвіді, навичках і уміннях, інтересах і потребах, у сумлінному ставленні до праці, дисциплінованості й інших соціально-бажаних рисах характеру), *негативний*, що призводить до професійної дезадаптації, несприятливо відображається на продуктивності праці і взаємодії з іншими учасниками цього процесу (емоційне вигорання, неусвідомлена звичка вимірювати явища навколишнього світу у

відповідності із професійними стандартами, тощо), а також *нейтральний*: зміни у зовнішньому вигляді, в професійному жаргоні, манерах поведінки (Ж. Вірна. 2015) [5]. Але зазвичай це поняття носить негативні конотації.

Є. П. Ільїн (2013) відзначає, що якщо будь-який розвиток характеризувати як деформацію, то це поняття втрачає сенс. Автор пропонує наступне визначення: «Під професійною деформацією слід розуміти придбання людиною в результаті роботи в даній професії деяких специфічних негативних особливостей, стереотипів, звичок, які можуть виявлятися не тільки в професійній діяльності, а й поза нею» [19].

Характеристиками професійної деформації є швидкість її розвитку, глибина деформування, ступінь стійкості та широта проявів (тільки в процесі професійної діяльності або також поза нею) [19].

Узагальнивши погляди багатьох сучасних авторів на цей феномен [1; 5; 12; 20; 27], ми склали власне визначення. ***Психологічна професійна деформація*** – це процес та результат соціально-психологічних змін особистості (сприйняття, мислення, переживань, ціннісних орієнтацій, характеру, способів спілкування і поведінки) під впливом постійного тиску зовнішніх і внутрішніх факторів професійної діяльності, що призводить до формування специфічно-професійного типу особистості. У широкому сенсі, це слід, який професійна діяльність накладає на людину [14].

Взаємозв'язок особистості та професії ґрунтовно розглянутий вітчизняними авторами. Увага до цього питання обумовлена тим, що одним з фундаментальних теоретичних принципів психології є *принцип єдності свідомості та діяльності*, сформульований С. Л. Рубінштейном [35]. Єдність свідомості і діяльності виражається в тому, що всі психічні властивості особистості не тільки проявляються, але і формуються в процесі діяльності. О. М. Леонтьєв обґрунтував поняття *«провідна діяльність»*, що є головним джерелом психічних новоутворень як у дитячому, так і в дорослому віці [24]. Професійна діяльність забезпечує *соціальну ситуацію розвитку* особистості; це відображено у терміні

«професіоналізація», який відображує головний шлях соціалізації в дорослому віці, тобто засвоєння професійних норм, цінностей та ідеалів. За образним висловленням Ю. П. Поваренкова (2019), професійне становлення – це «формування» особистості, що має бути адекватним та відповідним вимогам професійної діяльності [32]

Через особливості радянської ідеології довгий час це питання розглядалося односторонньо, підкреслюючи виключно *позитивний вплив* праці на особистість. Відомо, що, в процесі професійної діяльності людина розвиває свої задатки і здібності, соціалізується, набуває особистісну зрілість. Виникла навіть окрема галузь – акмеологія (від грец. *акме* – вершина), що вивчає найвищі прояви індивідуального розвитку в зрілому віці, в першу чергу – досягнення професіоналізму. Такий підхід розглядає розвиток індивідуальності людини в трьох взаємопов'язаних аспектах: як природної істоти – *індивіда*, як *особистості* – носія соціальних відносин та цінностей, як *суб'єкта діяльності* – професіонала. Кожен з них має власну «вершину» розвитку, зазвичай вони не співпадають. Ступінь розвитку цих аспектів, «позитивна або негативна валентність» кожного з них, позначаються на двох інших і на характері розвитку в цілому [2].

Але окрім позитивних наслідків, існує також інший, негативний вплив професії. Наприкінці ХХ ст. ряд психологів звернули увагу на поширені випадки, коли праця не збагачувала особистість, а навпаки, деформувала її (С. П. Безносів, Р. М. Грановська, Е. Ф. Зеєр, Є. О. Клімов, А. К. Маркова та інші).

С. П. Безносів (1997) відзначив, що професійна діяльність є найбільш потужною силою, яка викривлює свідомість працівника, в порівнянні з непрофесійними видами діяльності. Психологічний механізм професійної деформації автор розглядає через процес узгодження або конфлікту між *суб'єктом праці* і *особистістю* як компонентами єдиної структури індивідуальності. Помилкові дії цього механізму проявляються в неадекватному переносі діяльнісних норм професійної активності в



підпростір «життя особистості» – сферу особистісного спілкування, побуту та позапрофесійної взаємодії. Автор вважає, що негативні ефекти цього явища можуть бути усунені тільки за допомогою інших, непрофесійних факторів соціалізації [1].

Загальними чинниками професійних деформацій виступають а) принципова обмеженість внутрішніх ресурсів окремої людини та б) об'єктивний поділ соціальної праці (в першу чергу – діяльнісні норми, що регулюють професійну активність: цілі, технології, методи праці, етичні принципи і т.ін.). Крім того, в кожній роботі існують специфічні комплекси *психотравмуючих факторів*. Найглибші негативні деформації особистості властиві професіям типу «людина-ненормальна людина» (до яких, власне, можна віднести медичну сферу). Це обумовлено тим, що спілкування з іншою людиною, на думку С. П. Безносова, обов'язково передбачає його зворотну дію на суб'єкта праці [1].

Е. Ф. Зеєр виділив декілька рівнів, на яких можуть проявлятися професійні деформації спеціалістів соціономічних професій, що постійно взаємодіють з іншими людьми (лікарів, педагогів, правоохоронців, працівників сфери обслуговування, держслужбовців, керівників) [16].

1. *Загально-професійні деформації*, характерні для працівників, що мають достатньо великий стаж певної діяльності: синдром «емпатійної втоми» у лікарів, що виражається в емоційній байдужості до страждань хворих; синдром «асоціальної перцепції» правоохоронців, при якому кожен громадянин сприймається як потенційний порушник; синдром «вседозволеності» керівників, що полягає в порушенні професійних і етичних норм, прагненні маніпулювати підлеглими. Загально-професійні деформації роблять працівників певної професії схожими між собою.

2. *Спеціально-професійні деформації* виникають в процесі спеціалізації за фахом. Так, щодо медичних працівників різних спеціальностей підмічено, що терапевти ставлять загрозливі діагнози, хірурги цинічні, медсестри черстві [16, с. 210 ].

3. *Професійно-типологічні деформації*, обумовлені накладанням індивідуально-психологічних особливостей (темпераменту, здібностей, характеру) на психологічну структуру діяльності. В результаті складаються професійно- і особистісно-обумовлені комплекси:

- деформації професійної спрямованості особистості: спотворення мотивації діяльності («зсув мотиву на мету»), перебудова ціннісних орієнтацій, песимізм, скептичне ставлення до нововведень;

- деформації, що розвиваються на основі здібностей: інтелектуальних організаторських, комунікативних та ін. (завищена самооцінка, почуття переваги, гіпертрофований рівень домагань, нарцисизм, тощо);

- деформації, зумовлені особливостями характеру: рольова експансія, владолюбство, домінантність, індиферентність, тощо [16].

4. *Індивідуалізовані деформації*. В процесі багаторічного виконання діяльності, психологічного зрощування особистості і професії окремі якості (як професійно-важливі, так і професійно небажані) розвиваються надмірно, що призводить до виникнення акцентуацій характеру: надмірної відповідальності, гіперактивності, педантизму, трудового фанатизму, тощо. Наслідком всіх цих деформацій є психічна напруженість, конфлікти, кризи, зниження продуктивності, незадоволеність життям і соціальним оточенням [16].

Р. М. Грановська (2003) пояснює, що кожна професія накладає специфічний відбиток на психіку людини через *соціальні ролі та стереотипи*. «Щоденна багаторічна праця з рішення типових завдань не тільки удосконалює професійні знання, але і формує професійні звички, визначає стиль мислення і стиль спілкування» [10, с. 404-405].

По-перше, особистість характеризується системою засвоених *соціальних ролей*. Пред'являючи до людини певні вимоги і очікування, професійна роль тим самим перетворює її поведінку та зовнішній вигляд. Здійснення певної ролі, особливо якщо вона значуща для людини і виконується тривалий час, помітно впливає на структурні елементи

особистості (установки, ціннісні орієнтації, мотиви діяльності, ставлення до інших людей). Коли професійна рольова позиція поширюється на інші сфери життя, поведінка людини стає неадекватною ситуації і спілкування перетворюється на проблему. Це відображено у висловлюваннях: «Залиш свій вчительський тон», «Не кричи, ти не на роботі!», тощо. На прояви професійної деформації істотно впливає самооцінка людини, здатність критично ставитися до себе та своїх звичок і своєчасно їх коригувати [10].

По-друге, існують *професійні стереотипи*, що відображують набутий рівень майстерності: корисні навички стають автоматизованими і вже не завантажують свідомість, що прискорює роботу і підвищує її ефективність. Стереотипи характеризують також спосіб мислення професіонала. Якщо вони починають домінувати, то утворюють «інерційну ланку»: сприйняття ситуації стає трафаретним, знижується гнучкість мислення, людина не помічає простих очевидних рішень, стає занадто самовпевнена у швидкості, точності і успішності своїх дій; не може засвоїти нові методи роботи (і навіть не усвідомлює потреби в них). Фахівець починає будувати свою діяльність і поведінку у відповідності з прийнятим рішенням, незалежно від того, наскільки воно адекватне новим завданням [10].

Під впливом виконання професійної ролі стереотипні дії і установки стають настільки характерними для людини, що проектуються на інші соціальні ролі, унеможливаючи вихід за межі цього стереотипу. Цей феномен В. В. Журавльова (2017) визначає як *проникнення Я-професійного у Я-особистісне*. Після виходу людини із професійної ситуації не відбувається її природне «відновлення», тому в особистому житті людина продовжує нести на собі деформуючий відбиток своєї професії [15].

Узагальнюючи поняття деформації як процесу і результату зовнішнього впливу на об'єкт, М. Є. Жидко, О. В. Журавская (2015) відзначають, що вона проявляється в зміні параметрів даного об'єкту, його характеристик і подальшого функціонування. На особистісному рівні деформація виступає як «відхилення від певного соціального орієнтира,

норми, що в подальшому призводить до змін у поведінці і діяльності та виявляється в різних сферах активності особистості» [14, с. 100].

Таким чином, більшість дослідників вважають головною ознакою професійної деформації поширення професійної поведінки на інші сфери життя та позапрофесійне спілкування (С. П. Безносів [1], Ж. П. Вірна [5], Р. М. Грановська [10], Е. Ф. Зеєр [16] Є. П. Ільїн [19], С. О. Дружилов [12] та багато інших). Важливо розуміти, що деформація проявляється також і в професійній діяльності, негативно впливаючи на поведінку спеціаліста та якість роботи [12].

Є. О. Клімов (2003) звернув увагу на феномен *невідповідності людини та професії*. Існують численні «вимоги трудового посту до людини» – це не тільки кваліфікаційні вимоги і психофізіологічні обмеження, але й соціальні норми, які надають зразки поведінки, прийняті в професійному середовищі, системи уявлень про належне, бажане, допустиме, заборонене в житті і діяльності. Відповідність людини цим вимогам визначає *професійну придатність*. Результатами відповідності людини роботі є її успішність та задоволеність обраним професійним шляхом (гарне самопочуття, бадьорість, внутрішня мобілізованість в ході трудової діяльності, приємні емоції від контактів з предметним і суспільним середовищем). Невідповідність має неоднозначні наслідки. З одного боку, це може стимулювати людину докласти зусиль для власного професійного розвитку, пристосувати засоби та методи праці до своїх особливостей і виробити індивідуальний стиль діяльності. З іншого боку – спричиняє помилки в роботі, конфлікти та різні види *професійного дизонтогенезу* (порушень професійного розвитку). Хронічна незадоволеність роботою призводить до депресії, відчуття безглуздості і безвиході, невротичних проявів, які можуть «вислизати» від зовнішнього спостереження та не усвідомлюватись працівником, призводячи до тяжких віддалених наслідків [20]. Професійні деформації Є. О. Клімов розглядає

саме як такі неочевидні наслідки конфлікту невідповідності між людиною та трудовим постом.

Професійна деформація передбачає також *втрату цінних особистісних рис*: в той час як окремі здібності та професійно-важливі якості людини посилено «експлуатуються» в процесі діяльності і забезпечують її успіх, інші здібності залишаються незатребуваними і не отримують поштовху до розвитку [12; 20].

В психології професійної діяльності часто використовується термін «*професійні деструкції*», що виступає синонімом або означає крайні форми виразності деформацій. За визначенням Н. Є. Водоп'янової (2009), професійні деструкції – це негативні наслідки робочих стресів, що поступово накопичуються у вигляді стійких змін структури і змісту професійної діяльності, а також структури особистості. В цілому, професійні деструкції та деформації (як професійно небажані якості) порушують цілісність особистості, знижують адаптивність, задоволеність самореалізацією, негативно позначаються на продуктивності діяльності. Подолання деструкцій вимагає глибокої особистісно-орієнтованої реконструкції, значних зусиль як з боку фахівця, так і з боку психолога-консультанта, супроводжується внутрішнім опором [8, с. 124]

С. О. Дружилов відмічає, що якщо при професійних деформаціях відмічається *викривлення* структури діяльності та/або властивостей особистості, то при професійних деструкціях відбувається *руйнація* особистості та структури діяльності (зміна її спрямованості на інші, соціально небажані цілі і результати). Порушення ціннісно-сміслової сфери спотворюють соціальні функції професії і формують негативні установки, які визначають всі аспекти поведінки *псевдо-професіонала* [12].

О. П. Єрмолаєва (2008) запропонувала термін «*професійний маргіналізм*» - протилежність професійної ідентичності як відповідності професіонала самому собі, професійним функціям і соціальним запитам. Маргінальний статус професіонала характеризується негативною або

несформованою ідентичністю, а також відмовою від колишньої ідентичності (людина формально включена в трудовий процес, але втратила внутрішню належність до професійних цінностей і етики). Авторка відзначає, що в умовах сучасних соціально-економічних та культурних змін критерії оцінки професіоналізму значно зсунулись, розпалися взаємозв'язки в системі «людина-професія-суспільство». В результаті з'явився масовий прошарок спеціалістів, які не відповідають соціальному призначенню своєї професії. Професійний маргіналізм виражається в соціально-значущих професійних помилках та *тіньових функціях посадової ролі* – підміні декларованого призначення професії прихованим особистим або корпоративним інтересам [13].

Є. О. Клімов звернув увагу на особливості *професійно-деформованого середовища*, що призводить до викривленого професійного розвитку людини. Зміни психіки внаслідок професійного дизонтогенезу виявляються стійкими, оскільки за їх рахунок працівник пристосовується до роботи і «виживає» в професійній субкультурі. У людини складаються звички і навички деформованої професійної поведінки, які згодом поступово стають внутрішніми установками, цінностями, компонентами світогляду, тобто особистісними утвореннями [20].

Щодо динаміки професійної деформації А. К. Маркова (1996) відзначає, що спочатку несприятливі умови праці викликають негативні зміни в професійній діяльності та поведінці. В міру повторення важких ситуацій ці негативні зміни можуть накопичуватися, приводячи до перебудови особистості, що далі проявляється в повсякденній поведінці та спілкуванні. Спочатку виникають тимчасові негативні психічні стани і установки, потім починають зникати позитивні якості. Пізніше на місці позитивних властивостей виникають негативні психічні якості, що змінюють особистісний профіль працівника [27].

Слід відзначити, що процес професійного розвитку охоплює тривалий період життя людини (35-45 років), впродовж якого відбувається

послідовне зростання професійної компетентності, особистісний розвиток та відповідна деформація. Взявши за основу соціальну ситуацію та рівень реалізації провідної діяльності, Е. Ф. Зеєр виділив декілька стадій професіоналізації: *оптація* – формування професійних інтересів, що закінчується професійним самовизначенням (до 16 років), *професійна підготовка* – навчання відповідно обраній спеціальності (16-23 роки); *професійна адаптація* молодого фахівця, спрямована на засвоєння нової соціальної ролі та набуття досвіду самостійного виконання робочих завдань (18-25 років), занурення в професійне середовище на етапі *первинної професіоналізації*, коли робота стає стабільно-успішною (25-30 років); *вторинна професіоналізація*, коли виробляється власна професійна позиція, індивідуальний стиль діяльності (30-38 років), *професійна майстерність*, що передбачає найвищу творчу і соціальну активність (38-55 років), а також її наступне поступове згасання [16].

Очевидно, що професійні деформації і деструкції виникають в умовах багаторічного трудового стажу, тривалого виконання одної діяльності. Але також існує думка, що будь-яка професійна діяльність вже на стадії освоєння деформує особистість (Н. Є. Водоп'янова, 2009). Хоча багаторічна праця в разі її успішності та хорошої адаптивності особистості супроводжується особистісним і професійним зростанням, навіть в цьому випадку неминучі *періоди стабілізації*. На початкових стадіях професійного становлення вони нетривалі, в подальшому збільшуються [8]. У крайніх випадках говорять про настання ***професійної стагнації особистості***. А. Мудрик (2015) відзначає, що на стадії професійної стагнації, «коли фахівець пристосував свої індивідуальні здібності до вимог професійного середовища і здійснює діяльність переважно завдяки досягненням минулого, експлуатації стереотипів та універсалізації власного досвіду», виникають передумови для зниження професійної активності і припинення професійного зростання фахівця. В різних професійних групах стадія стагнації настає у різний час: наприклад, у

лікарів, викладачів вона виникає через 10-15 років роботи за професією, у менеджерів – через 5-7 років [29].

Професійна стагнація довго може залишатись непоміченою, але також може відчуватися суб'єктом як психологічний стрес (що при недостатніх адаптивних можливостях проявляється в стійких стрес-синдромах). Вона супроводжується негативними емоційними переживаннями, агресією, депресією, поступовим погіршенням психічного і фізичного здоров'я, психосоматичними хворобами [8; 29]. Особистість особливо вразлива для появи професійних стрес-синдромів в моменти **криз професійного становлення**.

Відомо, що професійний розвиток включає в себе *нормативні кризи* – закономірні, неминучі етапи кардинальної перебудови професійної свідомості, діяльності та поведінки, зміни вектору професійного розвитку (Е. Ф. Зеєр, Е. Е. Симанюк, 2002). Вони супроводжують перехід між стадіями професіоналізації: криза професійних експектацій на етапі адаптації (розбіжність очікувань та реальної професійної дійсності); криза професійного зростання на етапі первинної професіоналізації (потреба в професійному самоствердженні); криза кар'єри в 38-40 років (незадоволеність власним професійним статусом), криза соціально-професійної самореалізації на етапі майстерності, криза втрати професійної діяльності в передпенсійний період. Під час криз професійного становлення відбувається кардинальна перебудова особистості: переорієнтація на нові цілі та орієнтири, перегляд соціально-професійних позицій, зміна способів виконання діяльності та взаємин з оточуючими людьми [16; 17]. Отже, можна вважати, що періоди криз визначають динаміку професійної деформації, коли особистість змінюється під впливом професійних вимог. В іншому випадку (коли особистість не може або не хоче змінюватись) відбувається зміна професії.

Якщо людині не вдається впоратися з кризами як природним супроводом професійного зростання, можуть виникнути професійно-



обумовлені деформації – спотворення конфігурації особистісного профілю за рахунок згасання позитивних установок, посилення негативного відношення до себе або інших людей. Це, у свою чергу, погіршує продуктивність професійної діяльності, знижує мотивацію до неї [17].

До ефективних способів подолання криз професійного становлення належать: підвищення соціально-професійної активності, вироблення індивідуального стилю діяльності, якісне покращення способів виконання діяльності, засвоєння нової спеціальності, підвищення кваліфікації або перехід на нову роботу; перехід на інноваційний рівень виконання діяльності. Спільним для них більш-менш глобальна зміна компонентів професійної діяльності або професійної позиції, що блокує прояви професійних деформацій [5].

На думку Е.Ф. Зеєра, розвивальний характер професійної праці визначається її особистісним сенсом, який перетворює діяльність в домінуючу. Зміна домінуючого типу діяльності народжує професійно-обумовлені кризи. Стабілізація домінуючої діяльності народжує стагнацію професійного розвитку [16, с. 76].

Слід пам'ятати, що нормативні кризи професійного становлення працівника поєднуються з такими ж неминучими віковими кризами становлення особистості, а також непрогнозованими життєвими труднощами та стресами, що так чи інакше трапляються в біографії будь-якої людини (переїзди, народження дітей, конфлікти, розлучення, хвороби або травми, смерть близьких і т.ін.). Особливо небезпечним є поєднання декількох типів криз: професійних, вікових та життєвих, за короткий проміжок часу. О. О. Бодальов відзначає, що подібні ситуації спричиняють серйозні особистісні та професійні деформації [2]. Н. І. Тавровецька (2018) пише, що саме у періоди життєвих криз кардинально змінюється життєва позиція особистості: вона усвідомлює/не усвідомлює свій сенс існування, втрачає стійке уявлення про себе та інших, особистісну невідповідність, неможливість реалізації життєво важливих цінностей і очікувань [37].

Таким чином, професіоналізація особистості включає в себе як прогресивні, так і регресивні процеси. Прогресивний розвиток проявляється в професійному і особистісному зростанні: розширенні та поглибленні компетенцій, набутті професійної майстерності, особистісному самовдосконаленні, суспільно-корисних результатах праці. Регресивний розвиток проявляється в професійній і особистісній деградації: викривленні психологічної моделі діяльності (порушенні засвоєних способів дії, появі професійних стереотипів), руйнуванні ціннісно-сміслових основ життєдіяльності, відхиленні результатів праці від суспільно-схвалюваних критеріїв, тощо.

Отже, багаторічне виконання однієї і тієї самої діяльності одними і тими самими способами призводить до розвитку професійно-небажаних якостей, професійної стагнації, дезадаптації та деформації фахівців. Це призводить нас до розуміння того, що впродовж професійного життя корисно оновлювати способи виконання діяльності, засвоювати нові методи і технології, розширювати власну кваліфікацію, змінювати посаду та спеціалізацію, а в крайньому випадку – організацію та місце роботи.

Наразі деформуюча роль професії не викликає сумнівів, дослідники зосереджують увагу на виявленні її передумов та запобіжників, а також вивченні конкретних форм психологічної деформації у представників різних професій.

*Професійні деформації медичних працівників* описані в праці чеських вчених Р. Конечного та М. Боухала (1983). Найперше, відмічається поведінка і висловлювання, в яких «під впливом звички проявляється черствість по відношенню до хворих в такій мірі, що у немедиків створюється враження бездушності і цинізму» [22, с. 255]. Часто лікарі та медсестри проявляють нетактовність, не розуміючи беззахисності пацієнтів в період звернення та отримання медичної допомоги (наприклад, забувають, що хворий потребує створення хоча б мінімальних інтимних

умов, проводять огляди публічно, дискутують при хворому про несприятливі результати його хвороби).

Професійна деформація лікарів яскраво проявляється у жаргоні, який вони використовують, економлячи власний час і знеособлюючи пацієнтів. Наприклад можуть сказати, що в палаті лежать «чотири шлунка», три «жовчних міхура» і одна «нирка» [22]. Жаргон погано діє на хворих, яким не подобається, коли особистість вважають лише додатком до хвороби.

Р. М. Грановська пояснює, що для лікаря особливо важливо вислухати пацієнта і, створивши власне уявлення про реальну небезпеку захворювання, *заспокоїти його*, знизити тривогу, відвернути від концентрації уваги на своїх болісних переживаннях і вселити впевненість в успішному результаті лікування. Одним із продуктивних прийомів відволікання уваги і переконання хворого є м'який і доброзичливий гумор. Крім того, в медичній практиці нерідко потрібно екстрено зняти перезбудження не тільки у хворого, але і у бригади лікарів під час надання медичної допомоги (наприклад, відповідальної операції). Тому вміння пожартувати в напружений момент є корисною частиною професії, що дозволяє розрядити напружений стан персоналу і пацієнтів. Однак звичка розряджати напруженість подібним чином в малопридатних ситуаціях може ускладнити взаємини з людьми [10, с. 408-409].

Багато досвідчених фахівців мають «клінічний погляд» на оточуючих: за зовнішніми ознаками вони автоматично діагностують наявність у них захворювань навіть у позаслужбовій ситуації. З іншого боку, з часом лікарі та середній медперсонал перестають «бачити перед собою людину», сприймають хворого не як особистість з притаманними їй переживаннями, а як клінічний діагноз. Дегуманізацію ставлення медичних працівників до пацієнтів відзначають також інші автори, ця професійна деформація отримала назву «втрата хворого» або «ветеринаризація» медицини (Є.П. Ільїн, 2013) [19].

На професійну деформацію лікарів та медичних працівників значуще впливають історичні традиції та положення в суспільстві. Шукаючи у лікарів допомоги, пацієнти часто наділяють їх «магічною силою», що викликає неусвідомлене відчуття влади над людиною. Крайніми проявами цього явища є поблажлива зневага до хворого, демонстративна відсутність інтересу до нього; часто ця грубість і нетактовність минає безкарно [22].

Все це впливає на спілкування медичного персоналу з пацієнтами та колегами. Але очевидно, що наявних даних недостатньо для глибокого та професійного аналізу деформацій особистості медичних працівників.

## **1.2. Стресовий характер діяльності та проблема професійного вигорання медичних працівників**

Окремим різновидом професійної деформації є *професійне вигорання*, що розвивається як відповідь «на проблемні відносини між працівниками та їх робочими місцями» [44]. Якщо професійна деформація виникає на більш пізніх етапах професійної кар'єри, то близький за симптоматикою феномен вигорання може виникнути навіть на початку професійної діяльності [5]. Проблема професійного вигорання широко розповсюджена серед представників професій типу «людина-людина», орієнтованих на надання допомоги, тісні міжособистісні контакти (так звані професії соціономічного типу).

Найчастіше для визначення симптомів вигорання використовується модель К. Маслач, яка включає три компоненти:

- 1) відчутне емоційне виснаження,
- 2) цинізм (деперсоналізація),
- 3) втрата сенсу роботи і відчуття власної неефективності [43; 44].

Протилежністю, позитивною антитезою вигорання є *залученість* (engagement), що характеризується енергійністю, включеністю в роботу та професійною ефективністю [43].

Н. Є. Водоп'янова та О. С. Старченкова виділяють суб'єктивні та зовнішні (об'єктивні) прояви професійного вигорання:

- *суб'єктивно* вигорання проявляється у переживанні «душевного неблагополуччя внаслідок енерго-інформаційного дисбалансу між очікуваннями і реальністю», в емоційно-мотиваційному спустошенні, в негативному ставленні до об'єктів і суб'єктів професійної діяльності, в песимістичних очікуваннях щодо результату праці та «винагороди» за неї, в незадоволеності роботою, втраті значущості і смислу докладання зусиль та інших ознаках зниження суб'єктної активності;

- *зовні* вигорання проявляється в установках та діях, що сприяють суб'єктивному зменшенню невизначеності професійної діяльності: використанні неконструктивних поведінкових стратегій (уникнення проблем, асоціальні дії, саморуйнування), емоційно-орієнтованих стратегій притуплення або «сплощення» емоцій в професійно-важких ситуаціях, дегуманізації стилів комунікацій (стереотипне ставлення до суб'єктів робочого середовища як до «об'єктів»), зміною структури і змісту професійної діяльності [9].

В результаті страждає якість і продуктивність роботи, зменшується задоволеність самореалізацією, поглиблюються дезадаптивні стани, особистісні деформації та деструкції.

В контексті теми нашого дослідження особливо важливий взаємозв'язок між професійним вигоранням лікарів та силою професійної мотивації – тим, наскільки, власне, людина «горить» на роботі. Це відмічено в концепції М. Буріша (1989), згідно з якою розвиток синдрому вигорання проходить декілька послідовних стадій. На початковому (попереджувальному) етапі спостерігаються *значні енергетичні витрати* – наслідок екстремально професійної залученості, високої позитивної установки на виконання діяльності, а також відмови від потреб, не пов'язаних з роботою. Якщо витрачена енергія не відновлюється і не компенсується, поступово з'являється *виснаження*: відчуття втоми, яке

змінюється розчаруванням, безсиллям, зниженням інтересу до роботи. Подальша генеза вигорання індивідуальна і визначається відмінностями в емоційно-мотиваційній сфері, а також зовнішньо-організаційними умовами, в яких протікає професійна діяльність [цит. за 9].

В емпіричному дослідженні В. А. Винокур, О. А. Клиценко (2012) показано, що прояви вигорання пов'язані з особистісними характеристиками, котрі визначають стиль реагування на стресові ситуації і комунікативну напругу в рамках професії. Ставлення працівників до своєї праці, її особистісний сенс змінюються в ході особистісно-професійного розвитку. Відповідно до цих динамічних змін трансформуються емоційні, когнітивні і поведінкові реакції на професійні стресори [6].

Дж. Грінберг розглядає п'ять стадій процесу вигорання [цит. за 9].

*Перша стадія* («медовий місяць») є періодом підйому енергії, високого ентузіазму і задоволення від роботи. Оскільки навіть радість вимагає енергії, ця стадія розглядається початком процесу вигорання. Люди, що мають ефективні навички боротьби зі стресом, залишаються на цій стадії тривалий час. Ті, хто не відновлюється, отримують все менше задоволення від професії і стають менш енергійними.

*Друга стадія* («нестача палива»). З'являється втома, апатія, розчарування. При відсутності додаткової мотивації і стимулювання працівник швидко втрачає інтерес до праці, зникає привабливість роботи в конкретній організації, знижується ефективність і продуктивність діяльності. Можливі порушення трудової дисципліни і дистанціювання від професійних обов'язків. У разі високої мотивації працівник може продовжувати горіти, підживлюючись внутрішніми ресурсами, але на шкоду своєму здоров'ю [9]. Ранніми симптомами (сигналами попередження) виступають втома, розлади сну, спроби уникнути стресу за допомогою алкоголю або наркотиків.

*Третя стадія* («хронічні симптоми»). Описані вище ознаки стають звичними, а також з'являються нові – виснаження, стійка апатія, страхи,

симптоми депресії і соматичних хвороб. Серед психологічних переживань наростає хронічна втома, загострене почуття злості чи пригніченості, відчуття загнаності в кут, постійне переживання браку часу.

На *четвертій стадії* «кризи» вигорання домінує в житті індивіда, розвиваються хронічні захворювання, в результаті чого людина втрачає працездатність частково або повністю.

*П'ята стадія* «биття в стіну»: фізичні та психологічні проблеми переходять в гостру форму і можуть спровокувати розвиток небезпечних захворювань (алкоголізм, наркоманія, серцево-судинні захворювання, психічні розлади), загрожують життю людини [цит. за 9; 25].

Подібні періодизації показують процес краху ілюзій, коли початковий професійний ідеалізм, високі та чисті наміри (прагнення допомагати та рятувати, що зазвичай зумовлює вибір професії лікаря) стають запорукою психологічних негараздів у майбутньому.

Загально визнаною причиною вигорання є розбалансування зовнішніх вимог і внутрішнього ресурсу діяльності (фізіологічного, енергетичного, емоційного, мотиваційного і т.д.). Іншими словами, *людина віддає роботі набагато більше, ніж отримує* (S. E. Hobfoll, R. S. Lilly, 1993) [41]. Важливість проблеми професійного вигорання відмічена ВООЗ. Зокрема, відзначається, що психосоціальний стрес на робочому місці пов'язаний з дисбалансом між високими вимогами (робочий час, обмежені терміни, контроль, відповідальність) і витраченими зусиллями людини (винагородою, визнанням та відпочинком) [48].

Розглядаючи вигорання як результат невідповідності між особистістю і роботою, С. Maslach і М. Leiter (1997) окреслюють шість можливих сфер подібної невідповідності, які проявляються в різних професіях, організаціях та соціокультурних умовах:

1. Невідповідність між вимогами, що пред'являються до працівника, і його ресурсами. В основі - підвищені вимоги до особистості та її можливостей. Вигорання на цій основі може привести до погіршення

якості роботи і взаємин з колегами.

2. Невідповідність між прагненням працівників мати більший ступінь автономності в роботі, самостійно визначати способи досягнення результатів, за які вони несуть особисту відповідальність, та жорсткою, нерациональною політикою адміністрації щодо організації робочої активності і її контролю. Результатом є виникнення почуття непотрібності своєї роботи і відсутність відповідальності за неї.

3. Невідповідність винагороди і витрат, що переживається як невизнання своєї праці.

4. Невідповідність очікувань від спілкування і співпраці з колегами реальним особливостям взаємодії. Найбільш деструктивними є постійні і нерозв'язані конфлікти між працівниками. Вони продукують відчуття фрустрації і ворожості і зменшують вірогідність соціальної підтримки.

5. Невідповідність розподілу винагороди і покарання вчиненим діям (несправедливість).

6. Невідповідність між цінностями та етичними принципами працівника і вимогами його роботи [44].

Ці аспекти лежать основі організаційних заходів, спрямованих на те, щоб підвищити задоволеність працівників роботою і запобігти вигоранню.

Розвиток вигорання часто асоціюється ці стресами на робочому місці. Але на відміну від гострих стресових реакцій через конкретні критичні події, вигорання – це кумулятивна реакція на стресори повсякденної професійної діяльності, своєрідний процес «психологічної ерозії» (С. Maslach, M. P. Leiter, 2016) [43].

Сучасні дослідження показують, що вигорання супроводжується змінами анатомії мозкових структур та функцій ендокринної системи. З одного боку, спостерігається прискорене старіння областей головного мозку, що приймають участь у модуляції відповіді на стрес (внаслідок чого відбувається погіршення пам'яті та уваги). Крім того, при вигоранні «зношується» нейроендокринна система, відповідальна за регуляцію



поведінки людини під час стресу (гіпоталамус, гіпофіз, наднирники). Всі ці ознаки супроводжують нормальний процес старіння, але у осіб з вигоранням вони більш виразні (A. Michel, 2016) [45].

Таким чином, вигорання представляє собою серйозну медико-психологічну проблему, що має широкі соціально-важливі соціальні наслідки. Руйнування відчуття цінності та сенсу роботи особливо небезпечне в професіях, що присвячені високим цілям, допомозі іншим людям, зокрема – в медичній справі.

Не викликає сумнівів, що важливим елементом ефективної системи охорони здоров'я є здоров'я самого лікаря (що передбачає не тільки відсутність стресів або хвороб, але також емоційне благополуччя, фізичне самопочуття та соціальні стосунки). Благополуччя лікаря безпосередньо впливає на якість надання допомоги пацієнтам, а також має більш широкі соціальні та суспільні наслідки [47].

В ряді західних країн проводиться масштабна та організована робота з протидії емоційного вигорання в середовищі медичних працівників. Вона передбачає широку просвітницьку та профілактичну роботу, регулярний моніторинг, виявлення випадків вигорання, незадоволеності роботою та інших проявів психологічного неблагополуччя, надання індивідуальних консультацій з подолання негативних наслідків професійної діяльності.

Масштабні дослідження привертають увагу до надзвичайної поширеності вигорання серед медичних працівників. Частка «вигорілих» лікарів в США складає від 30 до 68 % в різних сферах, найбільша розповсюдженість спостерігається серед працівників невідкладної медичної допомоги [47]. Ця статистика збільшується з кожним роком; в той же час вона є основою для виявлення організаційних факторів, впливаючи на які можна долати цю проблему.

В Україні така системна робота не проводиться. Емпіричних даних дуже мало, вони не демонструють загальної картини поширення професійних деформацій. Тим не менш, завдяки зусиллям окремих

дослідників відомо про окремі аспекти цієї важливої проблеми. В клінічному дослідженні українських лікарів (Н.О. Марута, О.С. Чабан, Г.Ю. Каленська, 2019) було обстежено 196 працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я (лікарі-неврологи та психіатри). У 29,2 % осіб виявлено емоційну виснаженість дуже високого рівня, у 50,3 % - виразну деперсоналізацію, у 43,3 % - знижене відчуття професійної успішності [28]. За даними І. Коваль (2017), серед лікарів-онкологів 14,6 % демонструють виразні прояви емоційного виснаження, у 4,9 % виявлено деперсоналізацію, 24,4 % незадоволені результатами своєї професійної діяльності [21]. О. М. Знанецька (2013) виявила сформовані симптоми вигорання у 84 % працівників центру первинної медико-санітарної допомоги, більшою мірою у віковій групі 36-55 років [18]. Т. А. Вежновець і В. Д. Парій (2016) описали закономірності розвитку синдрому вигорання у медичних працівників з різними типами трудової мотивації [4].

Відомо, що праця медичних працівників пов'язана з неминучими психофізіологічними, комунікативними, емоційними та моральними перевантаженнями, що провокує професійні деформації та деструкції.

Головними факторами, які безпосередньо впливають на професійне вигорання медпрацівників К. С. Шалагінова (2016) називає: велику кількість міжособистісних контактів, різних за змістом і емоційною напруженістю; спілкування з людьми, які мають різні захворювання; високу відповідальність за результат праці; певну залежність від колег і пацієнтів, необхідність розуміти їх індивідуальні особливості, домагання і експектації; часті претензії на неформальні відносини при вирішенні проблем пацієнтів, конфліктні або напружені ситуації спілкування, викликані недовірою, незгодою, відмовою від подальшої взаємодії [39].

Дуже корисне в цьому сенсі дослідження В.В. Постнова (2010), який опитав досвідчених лікарів (психіатрів-наркологів) та описав ряд найбільш стресогенних факторів - «вразливих зон» в їх роботі. Отримані відомості

стосуються більшості категорій медичних працівників. Автор надає великий фактичний матеріал [34], який ми узагальнили в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

**Стресові чинники в роботі медичного працівника  
(за матеріалами В. В. Постнова, 2010)**

№	Стресовий фактор
1	<b>Робота в переважно негативному емоційному полі.</b> Більшу частину робочого часу лікар будь-якого фаху має справу з матеріалом, що викликає негативні емоції: скарги і прохання хворих, обговорення з колегами діагнозів, страждання і неминуча загроза життю.
2	<b>Травматичний досвід:</b> небезпека ускладнень в процесі надання допомоги, негативні результати лікування і смерть пацієнтів.
3	Необхідність приймати швидкі і гранично відповідальні рішення в <b>екстремальних умовах діяльності</b>
4	<b>Висока відповідальність</b> за результати та методи роботи, необхідність постійного звітування, вчасного та правильного заповнення великої кількості документів
5.	<b>Небезпека для власного здоров'я і життя:</b> зараження інфекцією, травматизм (лікарі швидкої допомоги), робота з небезпечними хімічними речовинами, тощо.
6.	<b>Спілкування з пацієнтами</b> в стані звуженої свідомості, (а також одурманення, сп'яніння, психозу), зіткнення з хамством, психологічним маніпулюванням хворих та їхніх родичів, ситуації переслідування.
7.	<b>Конфлікти з колегами і керівництвом:</b> Інтриги всередині колективу, сексуальне домагання, недотримання етичних і деонтологічних норм, особливо з боку адміністрації.

Ці чинники є пусковими механізмами емоційного вигорання, вони ж пояснюють більшість відомих професійних деформацій. Так, *робота в негативному емоційному полі* спричиняє емоційне виснаження, прояви психологічних захистів (відстороненості, економії емоцій), цинізм та специфічний медичний. Вчений відзначає, що про деякі небезпечні сторони своєї діяльності лікарі обізнані ще на етапі вибору професії, про деякі дізнаються під час навчання. До інших, наприклад *труднощів приймаючого спілкування* з хворими, медики виявляються невідготовлені: «Навчитися бачити в своєму пацієнті не абстрактного носія симптомів, ... а, перш за все – особистість, людину, яка потребує участі та допомоги – неможливо за час тематичного удосконалення або за роки навчання у вищому навчальному закладі» [34].

В. В. Постнов пропонує конкретні шляхи психологічного втручання, що запобігають негативному впливу зазначених у таблиці 1.1 факторів: розвиток комунікативних навичок та емоційної регуляції, тренінги, заняття з емоційного відреагування, балінтовські групи, опрацювання мотивації до професії і баг. іншого. Водночас він застерігає про численні перешкоди цій роботі з боку самих лікарів, в першу чергу через ілюзію завантаженості («немає часу собою займатися») і відсутність достатнього стимулу до змін: роботоголізм, ургентна адикція (неусвідомлене прагнення навантажити себе нездійсненою кількістю зобов'язань), помилкова сором'язливість («негоже лікарю бути пацієнтом»), безвідповідальна безпечність («само пройде»), звужений вибір способів самовідновлення і отримання здорових задовольень в повсякденному житті. Часто лікарі замість тривалих і непростих занять з фахівцем вдаються до вживання алкоголю та інших «адаптогенів». Ефективна адаптація до професійних стресів можлива лише за умови активного особистісного і духовного зростання фахівця протягом тривалого часу [34].

Слід пам'ятати, що стосовно окремих стресорів людина має обмежені адаптаційні можливості. Так, якщо до роботи в негативному емоційному полі лікарі демонструють гарну пристосованість, то до травматичного досвіду неможливо звикнути, кожна така ситуація «залишає важкий слід у душі, навіть через роки нагадуючи про себе» [34, с. 185]. В таких випадках потрібна об'ємна психотерапевтична допомога з призначенням фармакологічних засобів.

Наостанок сформулюємо деякі рекомендації щодо практичного розв'язання проблеми вигорання у лікарів. І. Коваль (2017) пропонує комплексну програму психологічної освіти та тренінгів взаємодії для лікарів-онкологів [21], але вона може бути корисна для представників багатьох спеціальностей. У фокусі уваги формування ряду психологічних компетенцій, переважно тих, що стосуються комунікації з пацієнтами:

- обізнаність про психологію хворого, діяльності медичного працівника, здатність розпізнавати ознаки психічних порушень;
- інформованість щодо лікувальної взаємодії; уміння встановлювати та підтримувати достатній для реалізації лікувальних завдань контакт із пацієнтом, зважаючи на його індивідуально-психологічні особливості та психосоціальну ситуацію;
- навички для повідомлення важкого діагнозу або невтішних новин;
- визначення оптимальної психологічної дистанції та стратегії під час спілкування з хворим та його родиною;
- комунікативна компетентність: уміння в доступній формі донести до хворого важливу інформацію щодо хвороби, обґрунтовувати лікувальну тактику, мотивувати до виконання призначень, робота з запереченнями, ефективні стратегії розв'язання конфліктних ситуацій;
- навички саморегуляції, методи протидії психічному стресу та зменшення психічного напруження в безпечний для здоров'я спосіб;
- time-менеджмент; self-менеджмент і розвиток soft-skills [21].

Таким чином, ми визначили основні характеристики психологічних деформацій медичних працівників як наслідків негативного впливу професійної діяльності, проаналізували їх передумови та окреслили способи подолання.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕФОРМАЦІЙ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

#### 2.1. Організація та методика емпіричного дослідження

Дослідження проводилося в лютому-березні 2020 року і мало два завдання: 1) з'ясувати рівень виразності та поширеність професійних деформацій серед працівників швидкої медичної допомоги, 2) визначити вагомі чинники професійної діяльності, що впливають на виразність деформацій медичних працівників.

##### *Характеристика вибірки.*

Експериментальну вибірку склали 36 працівників швидкої медичної допомоги м. Вінниці, зокрема 18 фельдшерів-диспетчерів, які приймають виклики та дистанційно надають консультації населенню, та 18 фельдшерів, що безпосередньо виїжджають на виклики і надають екстрену медичну допомогу. Ці категорії працівників представляють середній медичний персонал, тобто мають середню спеціальну освіту, і в процесі професійної діяльності підвищують кваліфікацію, отримуючи I, II або вищу категорію (або отримують вищу освіту паралельно з основною роботою).

У вибірці порівну представлені жінки та чоловіки (по 18 осіб, тобто 50 %). Вік досліджених від 25 до 56 років, середній показник – 37,6 років. Професійний стаж складає від 3 до 32 років (середній показник 16,2 років). Такий великий віковий діапазон потребував диференціації опитаних за віком та стажем професійної діяльності. Ми взяли за основу періодизацію професійного становлення Е. Ф. Зеєра [16] та розділили вибірку на три групи:

1. Працівники на стадії первинної професіоналізації (вік 25-30 років, стаж роботи від 3 до 9 років) – 10 осіб.

2. Працівники на стадії вторинної професіоналізації (вік 30-38 років, стаж роботи 9-16 років) – 12 осіб.

3. Працівники на стадії професійної майстерності (вік 38-56 років, стаж 17-32 роки) – 14 осіб.

#### *Організація дослідження*

Участь у дослідженні медичних працівників було добровільною, учасникам гарантувалась анонімність та конфіденційність. Збір даних відбувався трьома шляхами: безпосередньо на робочому місці (Обласний територіальний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф), в період навчання на курсах підвищення кваліфікації (опитувані отримували паперові бланки з опитувальниками, які заповнювали вдома), а також за допомогою онлайн-листування (частина дослідження припала на час карантинних заходів через поширення коронавірусу в Україні). Діагностичні бланки містили пояснення про мету дослідження і детальні інструкції щодо виконання – див. Додаток А.

#### *Діагностичні методики, використані в дослідженні.*

При діагностиці проявів професійної деформації медичних працівників ми зосередились на двох важливих аспектах. По-перше, визначили рівень емпатії, оскільки попередній аналіз літератури показав, що відсутність співчуття та дегуманізація спілкування є характерною ознакою медиків, яка викликає негативний відгук у пацієнтів. По-друге, з'ясували симптоми професійного вигорання, яке є одною з найбільш гострих проблем в сфері охорони здоров'я. Для цього використали стандартизовані опитувальники:

1) *Методика діагностики рівня емпатії В. В. Бойко* містить 36 пунктів, відносно яких респондент висловлює згоду або незгоду (відповіді «так» або «ні»). При обробці кожний збіг з ключем оцінюється в 1 бал. Підраховуються оцінки за шістьма шкалами, що вказують на значимість окремих параметрів (каналів) в структурі емпатії: Раціональний канал, Емоційний канал, Інтуїтивний канал, Установки, що сприяють емпатії,

Проникаюча здатність в емпатії, Ідентифікація в емпатії. Кожна шкала містить по 6 пунктів (тобто індивідуальні оцінки можуть коливатися від 0 до 6), вони виконують допоміжну роль в інтерпретації основного показника – рівня емпатії. Сумарна оцінка рівня емпатії теоретично може змінюватися в межах від 0 до 36 балів (показник 30 балів і вище свідчить про високий рівень емпатії; 29-22 – середній; 21-15 – знижений; менше 14 балів – низький) [3].

2). *Опитувальник «Професійне вигорання», варіант для медичних працівників* (Н. Є. Водоп'янова, О. С. Старченкова) [8, с. 150-151]. Ця методика є російськомовною адаптацією відомого опитувальника МВІ, розробленого на основі трикомпонентної моделі вигорання К. Маслач, описаної в передньому розділі [43; 44]. Він містить 22 твердження про різні почуття, переживання та можливості, пов'язані з роботою; респонденти оцінюють їх за допомогою 7-бальної шкали від «ніколи» (0 балів) до «щоденно» (6 балів). При обробці оцінки складаються відповідно до «ключів» і розподіляються за трьома шкалами:

- Емоційне виснаження (9 питань, максимально можливий бал 54),
- Деперсоналізація (5 питань, максимально можливий бал 30),
- Професійна успішність (8 питань, максимально можливий бал 48).

Отримані результати ми порівнювали з тестовими нормами, розробленими на вітчизняних вибірках (вони розподілені за чотирма рівнями виразності: низький, середній, високий та дуже високий) [8]. Про наявність професійного вигорання свідчать високі оцінки шкал емоційного виснаження і деперсоналізації, низькі – за шкалою «професійна ефективність» (це відображує симптом редукції персональних досягнень).

Опитувальник МВІ є найбільш відомою та авторитетною методикою для діагностики симптоматики вигорання, він активно використовується в усьому світі. Розробники російськомовної версії вказують на її достатню надійність, репрезентативність даних відносно до генеральної сукупності, змістовну, конструктивну, емпіричну та ін. валідність [8, с. 146]. В 2013



була проведена повторна стандартизація опитувальника для спеціалістів соціономічних професій (687 жінок і 260 чоловіків), що підтвердила її високі психометричні властивості [9].

3) Для визначення професійних факторів, що стимулюють, або навпаки, перешкоджають виникненню професійних деформацій ми використали опитувальник «*Утрехтська шкала залученості в роботу*». Цей інструмент розроблений голландськими дослідниками (W. Schaufeli, M. Salanova, V. Gonzalez-Roma, A. Bakker, 2002) і адаптований у 2006 р. Д. А. Кутузовою на виборці психологів [23]. Термін «залученість в роботу» виник в межах теорії вигорання К. Маслач і означав стан, протилежний вигоранню. Але В. Шауфелі припустив, що професійне вигорання і захопленість роботою є не двома полюсами єдиної шкали, а відносно самостійними явищами і можуть існувати незалежно один від одного. Автори визначають захопленість як *пов'язаний з роботою позитивний стан, що приносить задоволення* [46].

Опитувальник за структурою схожий на опитувальник «Професійне вигорання», він складається з 17 тверджень, що описують почуття та стани працівника під час виконання професійної діяльності. Для їх оцінки запропонована 7-бальна шкала від «ніколи, жодного разу» (0 балів) до «завжди, кожного дня» (6 балів). Отримані оцінки підсумовуються за ключем, наведеним у додатку А, і складаються в три шкали, що відображують різні аспекти захопленості роботою:

- Енергійність (Vigor) – 6 пунктів, відображає стан, протилежний емоційному виснаженню (помірний рівень 3-5).

- Ентузіазм (Dedication) – 5 пунктів, відображає стан, протилежний деперсоналізації (помірний рівень 3.4-5.6),

- Поглиненість діяльністю (Absorption) – 6 пунктів, відображає стан, протилежний редукції професійних досягнень.

Щодо кожної шкали розраховується середній показник (сума балів, розділена на кількість питань), який порівнюється зі статистичними

нормами і визначає ступінь виразності: низький, помірний чи високий. Також розраховується інтегральний показник залученості в роботу.

Опитувальник має достатню психометричну компетентність і активно використовується в наукових дослідженнях [23; 33].

4) Для діагностики ресурсного забезпечення медичних працівників використано методику «Втрати і придбання персональних ресурсів» (Н. Є. Водоп'янова, А. Д. Наследов, 2013) [7]. Опитувальник розроблений на базі відомої *концепції збереження ресурсів COR С. Хобфолла*, що пояснює залежність адаптаційних можливостей особистості від наявності певних персональних ресурсів. Ресурси – це сукупність біологічних, психологічних і соціальних категорій, які є цінними для людини і можуть бути придбані або втрачені в процесі життєдіяльності. Ними можуть виступати матеріальні засоби (дохід, будинок, транспорт, одяг) або нематеріальні конструкти (цілі, ідеї, переконання); зовнішні чинники (сім'я та друзі, організаційна та соціальна підтримка, умови роботи) або внутрішні складові (знання і вміння, професійні компетенції, оптимізм, самоконтроль, життєві цінності); та інші фізичні, вольові, емоційні і енергетичні характеристики, необхідні для подолання стресів. Згідно з цією концепцією, порушення адаптації виникають при *порушенні балансу між втратою і придбанням персональних ресурсів* [41].

Методика складається з двох частин: 30 пунктів спрямовані на оцінку ресурсних витрат і 30 ідентичних пунктів – на оцінку придбання ресурсів за останній рік (див. Додаток А). Респонденти оцінювали ступінь напруженості власних переживань по кожному пункту опитувальника за допомогою 5-бальної шкали від «немає такого відчуття» (1 бал) до «переживання дуже сильне» (5 балів). При обробці результатів була підрахована сума балів по першій і другій частинам (мінімальне значення у кожному випадку становить 30 балів, максимальне – 150). Потім розрахований *Індекс Ресурсності (ІР)*: треба розділити суму «придбань» на суму «втрат». Чим більшим є показник ІР (середній рівень відповідає 0,8-

1,2), тим більш збалансовані втрати і компенсації ресурсів: життєві розчарування і досягнення, тим вищим є адаптаційний потенціал особистості і менше стресова вразливість

Опитувальник має підтверджену ретестову надійність, конструктну валідність; стандартизований на вибірці з 278 чоловіків і жінок [7].

#### *Математично-статистична обробка даних*

Результати діагностики були узагальнені за допомогою мір описової статистики: підраховані середні показники (M), визначені величини стандартних відхилень (SD) у вибірці та в окремих вікових групах. Індивідуальні результати були розподілені за рівнями виразності відповідно до статистичних норм, підраховано їх відсоткову долю у вибірці (частотний аналіз). Для перевірки взаємозв'язків між показниками розраховані коефіцієнти кореляції Пірсона. Розроблені малюнки та гістограми, що наочно демонструють виявлені закономірності. При роботі використовували засоби статистичного аналізу даних програми Microsoft Excel 2003.

## **2.2. Результати діагности рівня емпатії у працівників швидкої медичної допомоги**

При попередньому аналізі літератури ми помітили, що різні автори так чи інакше згадують про порушення емпатії у медичних працівників внаслідок професійної деформації: Е. Ф. Зеєр згадує про «синдром емпатійної втоми» у лікарів, що виражається в емоційній байдужості до страждань хворих [16]; Р. Конечний та М. Боухал описують цинізм, «черствість по відношенню до хворих» під впливом звички [22]; Є.П. Ільїн пише, що «лікарі та середній медперсонал перестають бачити перед собою людину» [19]. Ми вирішили перевірити це в емпіричному дослідженні.

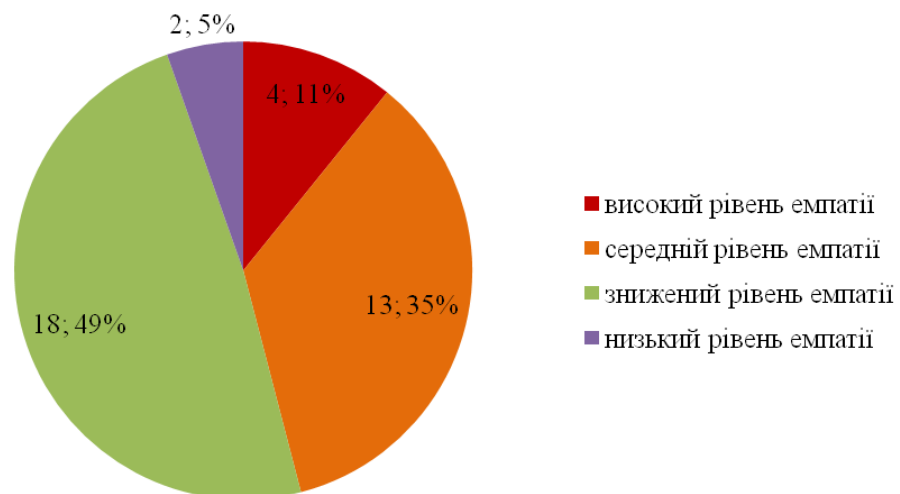
За методикою діагностики рівня емпатії В. В. Бойко були отримані наступні результати:

Таблиця 2.1

**Середні значення та розкид показників емпатії у вибірці  
медичних працівників (M±SD)**

Діагностичні шкали	Дані вибірки (36 осіб)	Розподіл за групами з різним віком і професійним стажем		
		група 1 (10 осіб)	група 2 (12 осіб)	група 3 (14 осіб)
Раціональний канал емпатії	3,08±1,44	3,00±1,62	3,12±1,52	3,12±1,31
Емоційний канал емпатії	2,97±1,35	3,30±1,40	3,07±1,30	2,65±1,34
Інтуїтивний канал емпатії	3,97±1,12	3,50±1,07	3,90±1,14	4,38±1,11
Установки, що сприяють емпатії	3,70±1,28	3,70±1,20	3,82±0,98	3,63±1,53
Проникаюча здатність в емпатії	3,37±1,22	3,30±1,19	3,36±1,23	3,44±1,22
Ідентифікація в емпатії	3,01±1,28	3,00±1,32	2,95±1,15	3,07±1,29
Загальний рівень емпатії	20,12±6,4	19,80±6,5	20,22±6,8	20,29±5,9

В цілому серед фельдшерів ШМД переважають особи з середнім та заниженим рівнем емпатії (рисунок 2.1), що підтверджує припущення про виражені професійні деформації у вигляді втрати співчутливості.



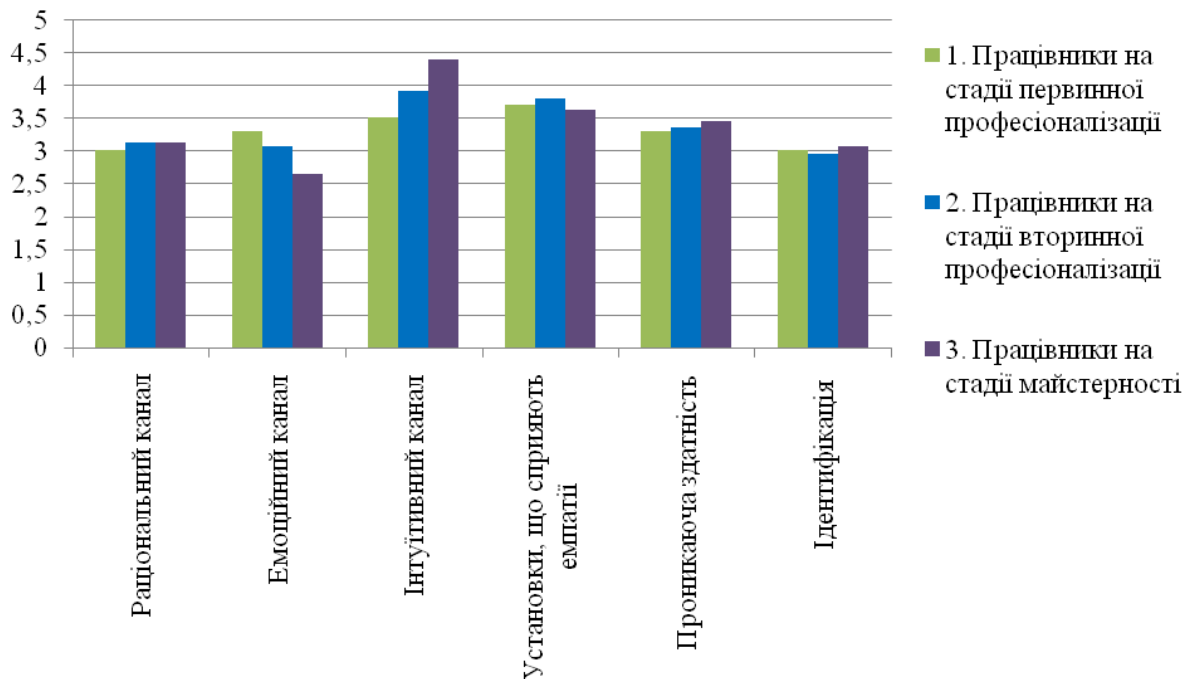
**Рис. 2.1. Розподіл показника «Загальний рівень емпатії» за методикою В. В. Бойка у вибірці медичних працівників (36 осіб).**

Але разом з тим, опитуваних з низьким рівнем емпатії у вибірці виявилось всього двоє. Порівняння отриманих даних з результатами інших дослідників, отриманими за допомогою методики В. Бойка в інших професійних групах показало, що медичні працівники мають не нижчий рівень емпатії, ніж педагоги [38] або студенти [11]. Крім того, з таблиці 2.1 видно, що в групах з різним професійним стажем загальний рівень емпатії суттєво не змінюється, навіть дещо зростає.

Все це дозволяє нам стверджувати, що в процесі професійної діяльності медичні працівники не втрачають здатність до емпатії. Скоріше, відбувається певна трансформація її структури.

З рисунку 2.2 і таблиці 2.1 ми бачимо, медичні працівники мають три канали емпатії, які можна вважати провідними. По-перше, це *інтуїтивний канал*, що свідчить про здатність «бачити партнера» та діяти в умовах дефіциту інформації. Також на спілкування медиків значно впливають *установки, що сприяють емпатії*: вони прагнуть до контактів з іншим людьми і проявляють посилену цікавість до проблем навколишніх (припускаємо, що така допитливість стосується, в першу чергу, самопочуття та проблем зі здоров'ям). Третім за виразністю каналом емпатії у медиків виявилась *проникаюча здатність* – уміння створити відкриту та довірчу атмосферу спілкування завдяки посиленому інформаційно-енергетичному обміну. Описані характеристики є професійно важливими якостями і скоріше за все, розвиваються в процесі надання хворим екстреної медичної допомоги. Разом з тим, інші канали емпатії займають останні позиції. Зокрема, фельдшерам мало властива ідентифікація (здатність співчувати, тобто поставити себе на місце іншої людини, щоб зрозуміти її), те саме стосується емоційного каналу, що зумовлює «входження» у внутрішній стан партнера. Скоріше за все, такі прояви емпатії є професійно-небажаними, адже лікар має займати дещо відсторонену позицію від людини, якій надає допомогу.

Результати опитування показали, що з набуттям стажу професійної діяльності суттєво зростає значущість інтуїтивного каналу емпатії, разом з тим знижується рівень емоційного каналу – див. рис. 2.2. Це підтверджує зроблені нами висновки.



**Рис. 2.2. Середні показники шкал емпатії в групах фельдшерів з різним професійним стажем**

Отже, працівників ШМД не можна вважати черствими та байдужими до страждань хворих. Отримані нами результати підтверджуються висновками В. В. Постнова (2010), який у дослідженні лікарів-наркологів виявив виражені риси емотивності більшості обстежених фахівців (78%) [34]. Здатності співчувати є своєрідною ознакою наявності у них «базового досвіду» протистояти стресогенним факторам професії.

Ми вважаємо, що поширені уявлення про «черствість» та «бездушність» викликані не реальним фактом, а перебільшеними очікуваннями пацієнтів щодо необхідного співчуття до їх страждань. Дійсно професіоналізм лікаря складається в тому, щоб вислухати, зрозуміти та заспокоїти пацієнта [10]. Але для цього не потрібно «ставати на місце» хворої людини, навпаки потрібен дещо відсторонений,

професійний погляд. Крім того, фельдшери швидкої допомоги працюють в екстремальних умовах, їм треба діяти швидко, а іноді доцільно проявити певну жорсткість, щоб вплинути на знервованих або неадекватних пацієнтів.

### **2.3. Поширеність професійного вигорання серед фельдшерів швидкої медичної допомоги**

За результатами опитувальника «Професійне вигорання» фельдшери швидкої медичної допомоги (далі ШМД) продемонстрували виразність симптомів вигорання.

Поширеність окремих симптомів у вибірці представлена у таблиці 2.2. Сірою заливкою виділено «зону ризику» - показники, які свідчать про наявність професійного вигорання та відповідної деформації особистості.

*Таблиця 2.2*

#### **Частотний аналіз за шкалами опитувальника «Професійне вигорання» у фельдшерів ШМД (36 осіб), %**

Діагностичні шкали	Рівень виразності симптомів вигорання:			
	низький	середній	високий	дуже високий
Емоційне виснаження	11,11	25,00	33,33	30,56
Деперсоналізація	5,56	38,89	27,78	27,78
Професійна ефективність	25,00	55,56	16,67	2,78

Загалом виразні прояви вигорання виявлені у 24 осіб, що складає 66,7 % вибірки. Серед них у 12 фельдшерів (33,3 %) наявні негативні симптоми водночас за двома або трьома критеріями. Ці випадки не можна ігнорувати, вони потребують ретельної уваги та невідкладної допомоги. Професійне вигорання не просто провокує незадоволеність роботою і погіршує якість життя працівника. В даному випадку воно може призвести до негативних наслідків для пацієнтів, які потребують невідкладної медичної допомоги.

Відомо, що при відсутності належної профілактики і корекції вигорання призводить до зниження якості роботи не тільки окремих професіоналів, але й цілих колективів – аж до повної їх професійної непридатності [8; 19]. Ми вважаємо, що якщо більше половини працівників в установі демонструють симптоми вигорання, це свідчить про необхідність негайної реорганізації роботи та поліпшення умов праці.

Порівняння отриманих у вибірці середніх показників із стандартними тестовими нормами показало, фельдшери ШМД відрізняються від представників інших соціономічних професій за виразністю емоційного виснаження та деперсоналізації – див. таблицю 2.3.

Таблиця 2.3

**Середні значення та розкид показників професійного вигорання у вибірці медичних працівників ( $M \pm SD$ )**

Діагностичні шкали	Дані вибірки (фельдшери ШМД, 36 осіб)		Статистичні дані для працівників соціономічних професій	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
Емоційне виснаження	29,16±5,12	28,25±6,51	22,15±8,57	20,37±8,99
Деперсоналізація	11,66±5,44	11,84±5,71	9,97±5,21	10,61±5,77
Професійна ефективність	31,32±6,32	32,01±5,52	32,18±7,20	31,04±6,57

Примітка: статистичні показники наведені за результатами Н. Є. Водоп'янова, О. С. Старченкова, А. Д. Наследов (2013) [9].

В першу чергу звертає на себе увагу сильне *емоційне виснаження*, що відрізняє працівників швидкої допомоги. Це проявляється у відчуттях стресового перенапруження, спустошеності, вичерпаності власних емоційних ресурсів. Працівники відчувають, що не можуть віддаватися роботі як раніше. Виникає відчуття «спотворення», «притуплення» емоцій, також можливі емоційні зриви.

*Деперсоналізація* медичних працівників характеризується розвитком цинічного ставлення до своєї роботи, а також формальним, знеособленим,



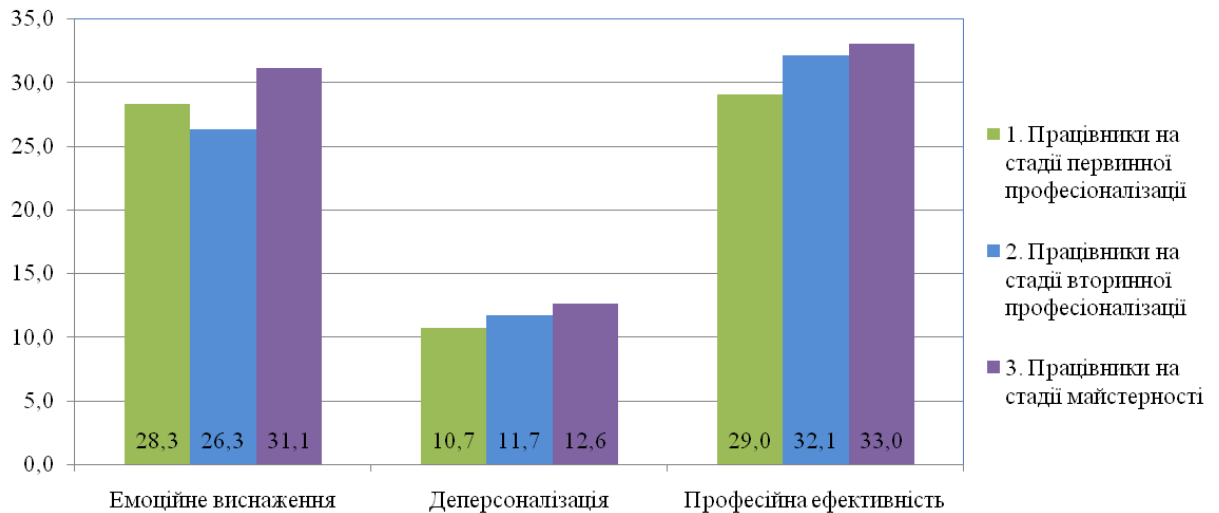
критичним ставленням до пацієнтів та/або інших суб'єктів професійної діяльності. Ці негативні тенденції спочатку можуть мати прихований характер (внутрішня незадоволеність і роздратування, які людина стримує), але з часом проявляються у спалахах роздратування й агресії, невдоволенні, конфліктах на роботі.

Цікаво, що за проявом *відчуття професійної ефективності* працівники ШМД суттєво не відрізняються від представників інших соціономічних професій. Отже, більшість фельдшерів досить високо оцінюють свої можливості і досягнення, переважно задоволені самореалізацією в професійній сфері і мають достатню професійну мотивацію. Вони позитивно ставляться до результатів роботи, впевнені у своїй компетентності та в ефективності власних зусиль при вирішенні різноманітних ситуацій, що виникають в професійній діяльності. Низький рівень показника «Професійна ефективність» у 25 % опитаних (табл. 2.3) можна пояснити відсутністю очікуваної справедливої винагороди (як матеріальної, так і моральної) за трудову активність.

Пояснення отриманим результатам ми знайшли в працях західних дослідників. Розглядаючи причини поширення вигорання серед лікарів, М. MacKinnon та S. Murray (2017) помітили цікавий парадокс: емоційно виснажені працівники сприймають вимоги до своєї праці як надмірні, проте це ставлення пом'якшується, коли праця сприймається як «виклик» [42]. Отже, відчуття контролю та автономія знатні зменшити переживання власної безпомічності, що призводить до вигорання. Крім того, усвідомлення сенсу та цілі своєї праці протидіє розвиткові вигорання у медичних працівників. G. W. Gengoux & L. W. Roberts (2018) відзначають, що характер цієї роботи ніколи не зміниться і ніколи не стане легким. Розуміння страждань пацієнтів допоможе лікарю відчувати необхідність власної справи і важливість своєї ролі у суспільстві. А регулярне підвищення власної кваліфікації допоможе впевнено приймати

різноманітні виклики робочої діяльності і зберігати відчуття контролю над ситуацією [40].

Розглянемо специфіку проявів вигорання відповідно до стажу професійної діяльності – див. рисунок 2.3.



**Рис. 2.3. Середні показники шкал опитувальника «Професійне вигорання» в групах фельдшерів з різним професійним стажем.**

Опитування фельдшерів ШМД показало, що прояви вигорання присутні вже на етапі первинної професіоналізації працівників. Молоді люди віком 25-30 років (група 1) скаржаться на *виснаженість емоційних ресурсів*. На стадії вторинної професіоналізації середній показник виснаження дещо знижується (рис. 2.3) – вочевидь, настає певна стабілізація, людина виробляє власну професійну позицію, індивідуальний стиль діяльності. Більш досвідчені працівники зі стажем 17-32 роки (група 3) мають найвищу виразність емоційного виснаження. Це узгоджується з відомими уявленнями про те, деякий ступінь емоційного виснаження можна вважати «нормальною» віковою зміною [8; 9].

Симптоматика *деперсоналізації* медиків посилюється відповідно до тривалості професійної діяльності. Відповідно до уявлень В. В. Бойка [3], Н. Є. Водоп'янової [8], деперсоналізація виступає необхідним *механізмом психологічного захисту* в процесі професійної діяльності. Розглядаючи

фактори стресу медичних працівників, описані в підрозділі 1.2, ми погоджуємось з такою інтерпретацією.

Порівняно низький рівень відчуття *професійної ефективності* у молодших спеціалістів легко пояснити недостатньою впевненістю у власній компетентності через відсутність необхідного досвіду. Як видно з рисунку 2.3, на наступних етапах професіоналізації цей показник зростає і стабілізується.

В цілому результати нашого дослідження підтвердили описану в літературі тенденцію щодо поширеності професійної вигорання в середовищі медичних працівників. В попередніх дослідженнях було відмічено, що середній медичний персонал (медсестри) має більшу уразливість до вигорання, ніж лікарі [26]. Пояснити це можна низьким соціальним престижем даної праці та її фізичної виснажливостю, що зумовлює дисбаланс ресурсів. О. Г. Лисенко відзначає, що емоційне, розумове і фізичне виснаження працівників швидкої медичної допомоги є реакцією на хронічний стрес, який пов'язаний в основному інтенсивною професійною діяльністю. Початкові прояви емоційного вигорання працівників ШМД полягають у небажанні їхати на виклик, відчутті розбитості, зниженні інтересу до надання допомоги постраждалим. Якщо не застосувати профілактичні та корекційні заходи, втрата емоційної, когнітивної та фізичної енергії прогресує [25].

Отже, фельдшери швидкої допомоги складають групу підвищеного ризику через складні, часто екстремальні умови праці та високі робочі навантаження.

#### **2.4. Залученість в роботу та персональні ресурси протистояння професійним деформаціям**

Наступним етапом дослідження було визначення професійних факторів та ресурсного забезпечення медичних працівників, що

стимулюють, або навпаки, перешкоджають виникненню професійних деформацій.

За методикою «Утрехтська шкала залученості в роботу» середні значення у вибірці близькі до середніх значень вибірки стандартизації – див. таблицю 2.4.

Таблиця 2.4

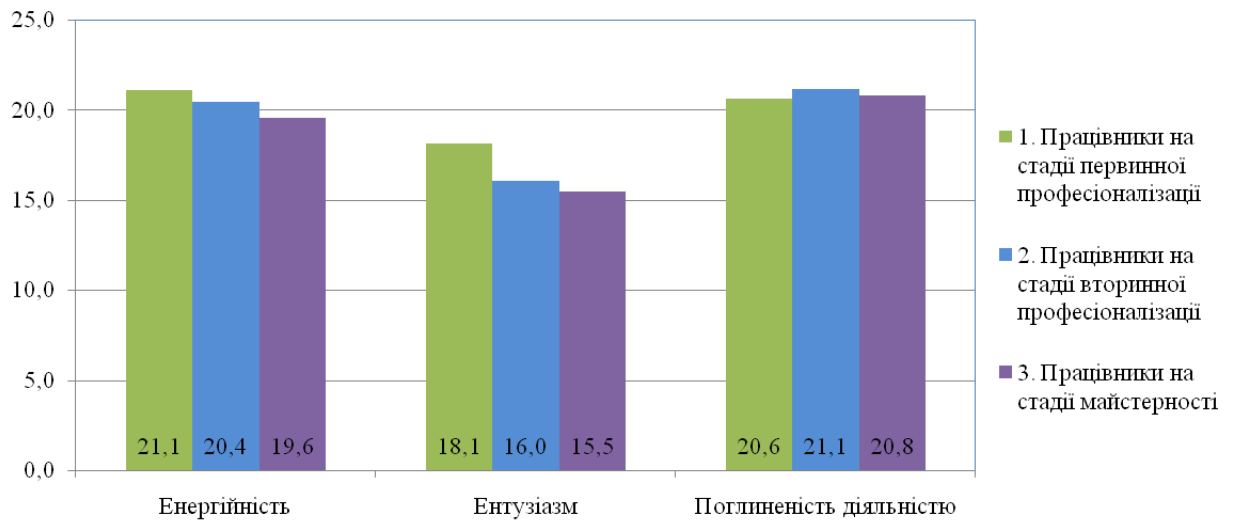
**Середні значення та розкид показників залученості в роботу у вибірці медичних працівників (M±SD)**

Діагностичні шкали	Дані вибірки (36 осіб)	Розподіл за групами з різним віком і професійним стажем		
		група 1 (10 осіб)	група 2 (12 осіб)	група 3 (14 осіб)
Енергійність	20,26±5,98	21,10±5,64	20,41±6,24	19,55±5,57
Ентузіазм	16,38±6,41	18,10±7,07	16,04±6,53	15,45±5,78
Поглиненість діяльністю	20,84±6,14	20,50±6,04	21,13±6,12	20,77±6,27

Ми бачимо, що в структурі залученості в роботу у фельдшерів ШМД переважають компоненти «Енергійність» та «Поглиненість діяльністю». Енергійність свідчить про достатній рівень енергії, працездатність, готовність медичних працівників до значних зусиль, наполегливості при подоланні труднощів в роботі. Поглиненість свідчить про високу концентрацію свідомості в процесі виконання діяльності, заглибленість в робочий процес і уміння отримувати від нього радість (такий стан описаний сучасними авторами як стан «поток» - повне залучення в діяльність, що змінює сприйняття часу і надає відчуття щастя; людина не бажає відволікатися від процесу або припиняти його).

Водночас, для працівників ШМД характерне деяке *зниження ентузіазму* – вони не відчувають значимості своєї роботи і не демонструють прихильності до неї, не гордяться одержаними

результатами, не мають натхнення та наснаги. Це може знижувати внутрішню мотивацію та інтерес до роботи.



**Рис. 2.4. Середні показники шкал опитувальника «Утрехтська шкала залученості в роботу» в групах фельдшерів з різним професійним стажем.**

З порівняльного аналізу вікових груп ми бачимо що середній показник ентузіазму досить високий на початкових етапах професіоналізації, але з часом знижується – рисунок 2.4. Виявлену особливість можна вважати професійною деформацією медичних працівників, що негативно впливає на характер виконання діяльності. Енергійність достовірно знижується у старшій віковій групі, що є скоріше за все ознакою вікових змін, а не професійного впливу на людину. Рівень поглиненості процесом роботи достатньо стабільний і з віком не змінюється.

О. В. Полуніна підтримує точку зору авторів опитувальника на залученість та вигорання як відносно незалежні феномени професійного життя. Емпіричні дані підтвердили різні можливі поєднання рівнів їх вираженості. Дослідниця пояснює, що поєднання високих рівнів вигорання і сильної захопленості роботою вимагає надмірних енергетичних витрат, тому не може бути тривалим. Більш стабільним може бути поєднання низького рівня вигорання і низької захопленості роботою (особливо якщо

зміст та умови роботи є складними) – це дозволяє зберігати ресурси працівника, запобігає його перевтомі та вигоранню [33].

Ми перевірили це припущення та виявили наступні закономірності, що стосуються співвідношення показників вигорання на залученості в роботу:

1) особи з низьким рівнем вигорання мають низьку залученість в роботу (таких у вибірці всього троє або 8,3 % вибірки),

2) особи з середнім рівнем вигорання (таких у вибірці 9 або 25 %) мають помірні та високі показники залученості в роботу,

3) серед осіб з виразними проявами вигорання (таких у вибірці 24) присутні всі можливі сполучення: у 7 фельдшерів (19,4 % вибірки) виявлений низький рівень залученості, у 13 (36,11 %) – помірний рівень, четверо осіб (11,1 %) мають одночасно високу залученість і високий рівень вигорання.

Такий результат можна пояснити тим, що певні компоненти в структурі залученості можуть компенсувати симптоми вигорання. Наприклад, деперсоналізація у медичних працівників більше ніж в половині випадків поєднується з високим рівнем залученості в діяльність (це дозволяє зосередитись на процесі надання допомоги безвідносно до особистісних якостей та власного ставлення до людини, якій ця допомога надається).

Цілком логічно, що висока захопленість призводить до швидких витрат внутрішньої енергії працівника. Тож, щоб не виникло емоційне виснаження, ці внутрішні ресурси мають постійно поповнюватись – або через об'єктивні характеристики професійної діяльності, або в позапрофесійних сферах життя.

Результати методики «*Втрати і придбання персональних ресурсів*» показали, що показник IP у третини фельдшерів знаходиться на низькому рівні (індекс ресурсності менший за 0,8). Це свідчить про переважання

почуття втрати ресурсів над почуттям придбання, життєві розчарування, втрату ціннісно-смислових основ життєдіяльності, стресову вразливість.

За даними вибірки стандартизації статистика показника IP для жінок складає  $1,54 \pm 0,85$ , для чоловіків  $1,21 \pm 0,74$  [7]. Наші дані суттєво відрізняються – див. таблицю 2.5. Отже, низький адаптаційний потенціал особистості збільшує вразливість до стресів та обумовлює виникнення професійної дезадаптації.

Таблиця 2.5

**Показники втрати і придбання ресурсів у вибірці медичних працівників (M±SD)**

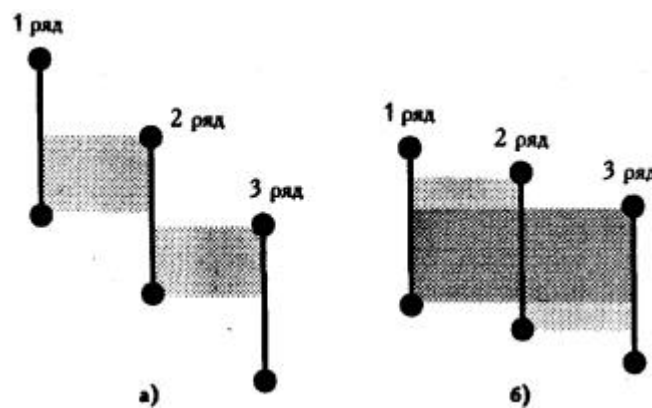
Діагностичні шкали	Дані вибірки (36 осіб)	Розподіл за групами з різним віком і професійним стажем		
		група 1 (10 осіб)	група 2 (12 осіб)	група 3 (14 осіб)
Придбання ресурсів	$73,74 \pm 26,4$	$72,4 \pm 25,8$	$74,9 \pm 27,9$	$73,7 \pm 25,8$
Втрата ресурсів	$87,51 \pm 26,12$	$81,5 \pm 28,3$	$89,5 \pm 29,3$	$90,1 \pm 23,6$
Індекс ресурсності	$0,84 \pm 0,67$	$0,89 \pm 0,77$	$0,84 \pm 0,74$	$0,82 \pm 0,52$

Ми бачимо, що в усіх вікових групах показник втрати ресурсів є більшим, ніж показник надбання ресурсів. Це пояснює високу розповсюдженість симптомів професійного вигорання, описану вище. Найбільш благополучною виглядає наймолодша група працівників – хоча вони менше за інших отримують ресурси, вони також і менше витрачають. В старшій віковій групі відчуття втрати персональних ресурсів стає особливо гострим.

Раніше в дослідженні О. І. Муравйової, Ю. А. Синдєєвої (2013) були виявлені від'ємні кореляції між проявами емоційного вигорання медичних працівників і показниками, що відображають особистісну активність (життєстійкість, суб'єктна орієнтованість, диспозиційний оптимізм). Автори прийшли до висновку, що пасивна життєва позиція робить медичного працівника уразливим для вигорання [31]. Мусимо зауважити,

що зниження суб'єктної активності, скоріше за все, виступає *не передумовою, а наслідком* емоційного вигорання. Виснаження психологічних ресурсів приводить в дію захисні механізми: обезцінення життєвих і професійних цілей, втрату мотивації, тощо. На фоні хронічної втоми людина дистанціюється від того, що раніше її цікавило, здавалося важливим, надавало радість. Все це зумовлює деформації життєвої позиції та активності особистості.

Для *порівняльного аналізу* розподілу показників в трьох групах працівників з різним віком та стажем професійної діяльності ми використали критерій Крускала-Уолліса див рис. 2.5 (О. В. Сидоренко) [31, с. 56-57].



**Рис. 2.5. Можливі варіанти співвідношення значень в трьох вибірках (за О. В. Сидоренко) [31].**

Розрахунки були проведені в програмі статистичного аналізу даних SPSS (версія 17). Отримані значення  $\chi^2$ -критерію (Chi-Square) та відповідні показники достовірності відмінностей (точна значимість Asymp. Sig.). Результати розрахунків повністю представлені у додатку Б, нижче наведена зведена інтерпретаційна таблиця.



Таблиця 2.6

**Порівняльний аналіз даних в групах медичних працівників з  
різним стажем роботи**

Діагностичні методи та шкали	Середні значення та стандартні відхилення в групах (M±SD)			Chi- Square	Точна значимість Asymp. Sig.
	Група 1 (N=10)	Група 2 (N=12)	Група 3 (N=14)		
<b>Методика діагностики рівня емпатії В. В. Бойко</b>					
Раціональний канал емпатії	3,00±1,62	3,12±1,52	3,12±1,31	0,003	0,998
Емоційний канал емпатії	3,30±1,40	3,07±1,30	2,65±1,34	6,155	0,046*
Інтуїтивний канал емпатії	3,50±1,07	3,90±1,14	4,38±1,11	7,243	0,027*
Ідентифікація в емпатії	3,00±1,32	2,95±1,15	3,07±1,29	0,167	0,920
Загальний рівень емпатії	19,80±6,5	20,22±6,8	20,29±5,9	0,397	0,820
<b>Опитувальник «Професійне вигорання» для медичних працівників</b>					
Емоційне виснаження	28,30±5,74	26,28±6,14	31,07±5,01	16,041	0,000***
Деперсоналізація	10,70±6,17	11,72±5,58	12,57±5,43	5,004	0,082
Професійна ефективність	29,00±6,08	32,13±7,33	33,02±5,14	8,933	0,011**
<b>Утрехтська шкала залученості в роботу</b>					
Енергійність	21,10±5,64	20,41±6,24	19,55±5,57	1,346	0,510
Ентузіазм	18,10±7,07	16,04±6,53	15,45±5,78	7,805	0,020*
Поглиненість діяльністю	20,50±6,04	21,13±6,12	20,77±6,27	0,422	0,809
<b>Опитувальник «Втрати і придбання персональних ресурсів»</b>					
Придбання ресурсів	72,4 ± 25,8	74,9 ± 27,9	73,7 ± 25,8	3,543	0,170
Втрата ресурсів	81,5 ± 28,3	89,5 ± 29,3	90,1 ± 23,6	6,187	0,045*
Індекс ресурсності	0,89 ± 0,77	0,84 ± 0,74	0,82 ± 0,52	0,837	0,658

Примітка: Група 1 – працівники на стадії первинної професіоналізації, Група 2 – працівники на стадії вторинної професіоналізації, Група 3 – працівники на стадії професійної майстерності.

Якщо показник Asymp. Sig. в таблиці 2.6 менший за 0,05, приймається гіпотеза про достовірність відмінностей між групами (значок \* позначає виразність відмінностей). Результати порівняльного аналізу груп підтвердили висновки та припущення, описані в попередніх підрозділах:

1) З набуттям професійного стажу у фельдшерів ШМД достовірно зменшується виразність емоційного каналу емпатії ( $p=0,046$ ) та

збільшується сила інтуїтивного каналу ( $p=0,027$ ). Отже ці зміни пов'язані з дорослішанням та тривалим виконанням професійної діяльності.

2) З віком у медичних працівників достовірно зростає відчуття професійної ефективності ( $p=0,011$ ), водночас суттєво збільшується емоційна виснаженість ( $p=0,000$ ). Показник деперсоналізації також зростає, але різниця між групами не є статистично-значущою ( $p=0,082$ ). Отже деперсоналізація властива фельдшерам ШМД вже на етапі первинної професіоналізації.

3) Збільшення професійного стажу тісно пов'язане із зниженням ентузіазму в роботі ( $p=0,020$ ) та збільшенням відчуття втрати власних ресурсів ( $p=0,045$ ). Щоб усунути дисбаланс, працівникам з більшим стажем потрібна більш відчутна та значуща винагорода за працю (як моральна, так і матеріальна).

Отже, тривале здійснення діяльності приводить не тільки до вдосконалення професійних навичок і збільшення ефективності, а й до низки несприятливих змін як в особистісних рисах медичного працівника, так і в деяких аспектах діяльності: емоційне виснаження, деперсоналізація, втрата ентузіазму щодо роботи, дисбаланс ресурсного потенціалу. Все це викликає фрустрованість і незадоволеність своєю роботою (а також життям в цілому).

Наостанок відзначимо, що проведене опитування викликало високу зацікавленість респондентів. За відгуками фельдшерів ШМД, вони мало поінформовані про проблему професійної деформації та емоційного вигорання, ще менше – про способи її запобігання (частина опитаних - слухачі навчального центру отримали відповідні знання тільки під час підвищення кваліфікації).

Серед факторів, які спричиняють стрес на робочому місці та незадоволеність роботою, медичні працівники найчастіше називають *контингент людей, з якими доводиться працювати* – пацієнтів та їх родичів. Зрозуміло, що найчастіше ситуація виклику швидкої допомоги

супроводжується стресом та порушенням здоров'я. Але працівники вказують на інші проблеми: неадекватність, часті випадки алкогольної та наркотичної інтоксикації, хамство, відкриту агресію, неслухняність та невиконання інструкцій медичних працівників і навіть перешкоджання їх діяльності. Окрім людей, головним джерелом стресу є сама діяльність в службі екстреної медичної допомоги, що викликає *фізичне та емоційне перевантаження*. Тривалі зміни, високе робоче навантаження на одну людину (диспетчери обслуговують по 28-30 викликів за добу), виконання невластивих їм функцій, необхідність швидкого прийняття рішень в життєво-небезпечних ситуаціях. Окрім цього, предметом скарг респондентів є *соціальна незахищеність та відсутність підтримки з боку керівництва*. Єдиним виходом вони бачать звільнення та зміну роботи.

В попередніх дослідженнях В. В. Постнов зауважив, що інформація про професійні стреси викликає у лікарів жвавий інтерес, вони активно відгукуються на пропозицію пройти психологічне обстеження на предмет емоційного вигоряння. Але подальша практична робота з подолання цих проблем не викликає відповідного ентузіазму; на пропозицію взяти участь в заходах по профілактиці і корекції відгукуються лише лікарі з виразними психосоматичними симптомами внаслідок робочих стресів. Сподівання на підвищення заробітної плати, очікування будь-яких дій від начальства, виправдання неефективних способів зняття напруги (алкоголь, тютюн, кава, наркотики, ігроманія) також перешкоджають реальній ефективній турботі лікарів про власне благополуччя. Дослідник вказує на необхідність впровадження організаційних і адміністративних заходів разом з розширенням можливостей медичних працівників щодо самопрофілактики (в т. ч., забезпечення їх соціальної захищеності) [34].

## ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне та емпіричне дослідження дозволило нам сформулювати наступні висновки:

1. Вплив професійної діяльності на фахівця має як позитивні наслідки (розвиток здібностей і особистісне зростання), так і негативні ефекти. Поняття «професійна деформація» визначає комплекс негативних наслідків впливу професії. Це процес та результат соціально-психологічних змін особистості (сприйняття, мислення, переживань, мотивів, цінностей, способів спілкування і поведінки), спричинених постійним тиском зовнішніх і внутрішніх факторів професійної діяльності, що призводить до формування специфічно-професійного типу особистості. Неможливість вийти за межі сформованого професійного стереотипу негативно позначається на якості праці, а також поширюється на позапрофесійні сфери, викликаючи конфлікти та непорозуміння, знижуючи загальну якість життя людини.

2. Головними чинниками виникнення деформацій є специфіка повсякденної діяльності (стереотипні дії та когнітивні процеси), середовище спілкування і характер професійних ролей, відповідність людини обраній професії, а також вплив робочих стресів. Специфіка праці медичних працівників провокує розвиток професійних деформацій та високий ризик професійного вигорання. На особистість впливають психофізіологічні перевантаження, робота в переважно негативному емоційному полі, неадекватний характер спілкування із хворими людьми та їх родичами, висока відповідальність, необхідність швидко приймати важливі рішення в екстремальних умовах, травматичний досвід, пов'язаний з негативними результатами лікування пацієнтів, небезпека для власного здоров'я, конфлікти з колегами, а також відсутність підтримки керівництва.

3. Результати психологічної діагностики працівників швидкої медичної допомоги продемонстрували поширеність професійного вигорання: виразні симптоми виявлені у 66,7 % вибірки, серед них

найбільший прояв мають емоційне виснаження (63,9 %) і деперсоналізація (55,6 %). Сильне емоційне виснаження відрізняє працівників швидкої допомоги від представників інших соціономічних професій. В той же час для фельдшерів характерна висока залученість в роботу, усвідомлення власної професійної ефективності. Окремі компоненти в структурі залученості можуть компенсувати симптоми вигорання: поглиненість діяльністю компенсує деперсоналізацію фельдшерів.

4. В процесі професійної діяльності медичні працівники не втрачають здатність до емпатії, але відбувається трансформація її структури. У фельдшерів виявлений специфічний профіль емпатії, в якому провідними компонентами виступають інтуїтивний канал, проникаюча здатність та установки, що сприяють емпатії; разом з тим мало властива ідентифікація та емоційне «входження» у внутрішній стан людини. Описані характеристики є професійно-важливими якостями і скоріше за все, розвиваються в процесі надання хворим екстреної медичної допомоги.

5. Ентузіазм щодо роботи досить високий на початкових етапах професіоналізації, але з часом знижується, що є професійною деформацією медичних працівників, яка негативно впливає на виконання діяльності. Збільшення професійного стажу тісно пов'язане із відчуттям втрати власних ресурсів (але в усіх вікових групах показник втрати ресурсів значно більший, ніж показник надбання, що викладає дисбаланс). Щоб усунути дисбаланс ресурсів, працівникам з більшим стажем потрібна більш відчутна та значуща винагорода за працю – як моральна, так і матеріальна. Низький адаптаційний потенціал фельдшерів швидкої медичної допомоги збільшує вразливість до стресів та обумовлює виникнення професійної дезадаптації.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безносов С. П. Профессиональные деформации личности (подходы, концепции, метод) : дис. ... доктора психол. наук : 19.00.03 / Санкт-Петербургский государственный ун-т. Санкт-Петербург, 1997. 398 с. URL: <http://www.dslib.net/psixologia-truda/professionalnye-deformacii-lichnosti.html> (дата звернення: 01.04.2020)
2. Бодалёв А. А. Вершина в развитии взрослого человека: характеристики и условия достижения. Москва : Флинта, Наука, 1998. 168 с.
3. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва: Филинь, 1996. 472 с.
4. Вежновець Т.А., Парій В.Д. Особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників з різними типами трудової мотивації. *Медичні перспективи*. 2016. Т. 21, № 2. С. 127–132. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Мр\\_2016\\_21\\_2\\_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Мр_2016_21_2_25) (дата звернення: 01.04.2020).
5. Вірна Ж. Професійна безпека: динаміка і ризики прояву професійних деформацій фахівця. *Психологія професійної безпеки: технології конструктивного самозбереження особистості* : колективна монографія / заг. ред. Ж. Вірної. Луцьк : Вежа-Друк, 2015. С. 30–49.
6. Винокур В. А., Клиценко О. А. Валидизация методики психологической диагностики профессионального «выгорания» в «помогающих» профессиях (опросника «ОПРВ»). *Медицинская психология в России*: электрон. науч. журн. 2012. № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата звернення: 01.04.2020).
7. Водопьянова Н. Е. Наследов А. Д. Стандартизированный опросник «Потери и приобретения ресурсов» для специалистов социномических профессий. *Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология*. 2013. № 4 С. 8–22.

8. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. Санкт-Петербург : Питер, 2009. 336 с.
9. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С., Наследов А. Д. Стандартизированный опросник «Профессиональное выгорание» для специалистов социономических профессий. *Вестник СПбГУ. Серия 12.* 2013. Вып. 4. С. 17–27. URL: <https://cyberleninka.ru> (дата звернення: 01.04.2020).
10. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. Санкт-Петербург : Речь, 2003. 655 с.
11. Дегтярев А. В., Галкина Е. А. Личность и эмоциональная сфера студентов в контексте подготовки специалистов для работы с детьми в юридически значимых ситуациях (Часть 1). *Психология и право.* 2016(6). № 1. С. 58–72. DOI: 10.17759/psylaw.2016060106
12. Дружилов С. А. Профессиональные деформации и деструкции: феноменология и подходы к изучению. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* 2013. № 12. С. 137–140. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=4518> (дата звернення: 01.04.2020).
13. Ермолаева Е. П. Психология социальной реализации профессионала. Москва : Институт психологии РАН, 2008. 353 с.
14. Жидко М. Є., Журавская О. В. Особливості психологічної диференціації професійної дезадаптації, професійної деформації та емоційного вигорання. *Психологія: реальність і перспективи: збірник наукових праць РДГУ.* 2015. Вип. 4, С. 99–103. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp\\_2015\\_4\\_28](http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2015_4_28) (дата звернення: 12.04.2020).
15. Журавльова В. В. Фактори розвитку особистості керівника. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. 2017. Вип. 36. С. 79–93. URL: <http://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/157074> (дата звернення: 12.04.2020).

- 16.Зеер Э. Ф. Психология профессионального развития : учебн. пособ. Москва : Академия, 2007. 240 с.
- 17.Зеер Э. Ф., Сыманюк Э. Э. Эмоциональный компонент в профессиональном становлении педагога. *Мир психологии*. 2002. № 4 (32). С. 194–203.
- 18.Знанецька О. М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Педагогіка і психологія»*. 2013. Вип. 19. С. 80–87.
- 19.Ильин Е. П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатии. Санкт-Петербург : Питер, 2013. 304 с.
- 20.Климов Е. А. Пути в профессионализм (Психологический взгляд) : учеб. пособие. Москва : МПСИ; Флинта, 2003. 320 с.
- 21.Коваль І. Синдром емоційного вигорання в лікарів онкологічного профілю та шляхи його подолання. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2017. Т. 2, № 1. С. 35–37.
- 22.Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага : Авиценум, 1983. 405 с.
- 23.Кутузова Д. А. Организация деятельности и стиль саморегуляции как факторы профессионального выгорания педагога-психолога : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / Московский городской психолого-педагогический ун-т. Москва, 2006. 213 с.
- 24.Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва : Смысл, Академия, 2005. 352 с.
- 25.Лисенко О.Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології*. Том I, Вип. 45. С. 61–65. <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v1/i45/12.pdf> (дата звернення: 12.04.2020)



26. Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Системный индекс синдрома перегорания (на основе теста МВІ). Методические рекомендации. Санкт-Петербург. СПбНИПИ им. В. М. Бехтерева, 2007. 17 с.
27. Маркова А. К. Психология профессионализма. Москва : Международный гуманитарный фонд Знание, 1996. 312 с.
28. Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я. *Неврологія, Психіатрія, Психотерапія*. 2019. № 3 (50). URL: <https://health-ua.com/article/44675-osoblivost-emotcjnogo-vigorannya-upratcvníkv-sferiohoroni-nevrologchnogo-ta> (дата звернення: 13.04.2020).
29. Мудрик А. Психологічні особливості прояву особистісно-професійних деформацій у державних службовців на різних етапах їх професійного становлення. *Психологія професійної безпеки: технології конструктивного самозбереження особистості* : колективна монографія / заг. ред. Ж. Вірної. Луцьк : Вежа-Друк, 2015. С. 144–165.
30. Муравьева О. И., Синдеева Ю. А. Активность личности как фактор синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников. *Человек, субъект, личность в современной психологии* : материалы Междунар. конф., посвященной 80-летию А. В. Брушлинского. Том 3. Москва : Изд-во ИП РАН, 2013. С. 451–454.
31. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. Санкт-Петербург : Речь, 2010. 350 с.
32. Поварёнков Ю. П. Соотношение понятий «карьера профессионала» и «становление профессионала». *Вестник Удмуртского университета. Серия: Философия. Психология. Педагогика*. 2019. Т. 29, № 1. С. 48–54.
33. Полунина О. В. Увлеченность работой и профессиональное выгорание: особенности взаимосвязей . *Психологический журнал*. 2009. Том 30, № 1. С. 73–85.
34. Постнов В. В. Синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров-наркологов. *Вестник ОГУ*. 2010. №12 (118). С. 184–189.

- 35.Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Санкт-Петербург : Питер, 2015. 705 с.
- 36.Сорокин П. А. Влияние профессии на поведение людей и рефлексология профессиональных групп. *Общедоступный учебник социологии. Статьи разных лет.* Москва : Наука, 1994. С. 333–356.
- 37.Тавровецька Н. І. Конструкти життєвої позиції особистості як опірність кризам життя. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2018. Вип. 1. Т. 14. С. 298–310. URL: <http://eKhSUIR.kspu.edu/handle/123456789/8395> (дата звернення: 12.04.2020).
- 38.Чекстере О. Ю. Емпатія як складова педагогічної культури педагога. *Інсайт* : зб. наук. праць студентів, аспірантів та молодих вчених / ред. кол. І. В. Шапошникова, О. Є. Блинова та ін. Херсон, 2017. Вип. 14. С. 256–261.
- 39.Шалагинова К. С. Опыт работы с медицинскими работниками по профилактике профессиональных деструкций. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* 2016. № 8-3. С. 445-450; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10055> (дата звернення: 12.04.2020).
- 40.Gengoux G. W., Roberts L. W. Enhancing Wellness and Engagement Among Healthcare Professionals. *Academic Psychiatry.* 2018. Vol. 42. P. 1–4. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-017-0875-1> (дата звернення: 14.04.2020).
- 41.Hobfoll S. E., Lilly R. S. Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology.* 1993. Vol. 21(2). P. 128–148. DOI: [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(199304\)21](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199304)21)
- 42.МакКиннон М., Муррей С. Reframing Physician Burnout as an Organizational Problem: A Novel Pragmatic Approach to Physician Burnout. *Academic Psychiatry.* 2017. Vol. 42(1). P. 123–128. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0689-1>.

43. Maslach C., Leiter M. P. Burnout Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior. *Handbook of Stress Series*, Vol. 1 / ed. G. Fink. Academic Press, 2016. P. 351–357. DOI: 10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3.
44. Maslach C., Leiter M. P. The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco : Jossey-Bass, 1997. 200 p.
45. Michel A. Burnout and the Brain. *Observer*. 2016. Vol. 29, Is. 2. URL : <https://www.psychologicalscience.org/observer/burnout-and-the-brain> (дата звернення: 01.04.2020).
46. Schaufeli W. B., Salanova M., Gonzalez-Roma V., Bakker A. B. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory analytic approach. *Journal of Happiness Studies*. 2002. Vol. 3. P. 71–92.
47. Schrijver I., Brady K., Trockel M. An exploration of key issues and potential solutions that impact physician wellbeing and professional fulfillment at an academic center. *PeerJ*. 2016. Vol. 4. e1783. DOI: 10.7717/peerj.1783.
48. World Health Organization. Health impact of psychosocial hazards at work: An overview S. Leka, A. Jain. Geneva : WHO Press, 2010. 136 p.

## ДОДАТКИ

Додаток 1 А

**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ  
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО  
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я, Світлана Климчук, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

**ЗАЯВЛЯЮ**, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

- дотримуватися:
  - вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
  - принципів та правил академічної доброчесності;
  - нульової толерантності до академічного плагіату;
  - моральних норм та правил етичної поведінки;
  - толерантного ставлення до інших;
  - дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- надавати згоду на:
  - безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
  - оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
  - використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;
- самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;
  - надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;
  - не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
  - своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
  - не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
  - підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
  - поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
  - не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;
  - відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;
  - запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;
  - не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
  - не підроблювати документи;
  - не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
  - не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
  - не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
  - не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
  - не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
  - не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
  - не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

**УСВІДОМЛЮЮ**, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Світлана Климчук  
(ім'я, прізвище)

## Діагностичні методики, використані в дослідженні

## Бланк для відповідей

Прізвище, ім'я .....

Вік ..... Професія ..... Стаж праці .....

## Опитувальник «Професійне вигорання» для медичних працівників

*Інструкція.* Пожалуйста, ответьте, как часто Вы испытываете чувства, перечисленные в каждом из пунктов опросника. Над ответами долго не задумывайтесь, отвечайте, руководствуясь первым впечатлением.

Утверждение	Никогда	Очень редко	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Каждый день
1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным(ой).	0	1	2	3	4	5	6
2. К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый лимон.	0	1	2	3	4	5	6
3. Я чувствую себя усталым(ой), когда встаю утром и должен (должна) идти на работу.	0	1	2	3	4	5	6
4. Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты, и использую это для более успешного лечения.	0	1	2	3	4	5	6
5. Я общаюсь с моими пациентами (больными) только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести время общения с ними до минимума.	0	1	2	3	4	5	6
6. Я чувствую себя энергичным(ой) и эмоционально приподнятым(ой).	0	1	2	3	4	5	6
7. Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях с больными и их родственниками.	0	1	2	3	4	5	6
8. Я чувствую угнетенность и апатию.	0	1	2	3	4	5	6
9. Я могу позитивно влиять на самочувствие и настроение больных (пациентов).	0	1	2	3	4	5	6
10. В последнее время я стал(а) более черствым(ой) (бесчувственным) по отношению к больным.	0	1	2	3	4	5	6
11. Как правило, окружающие меня люди слишком много требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня.	0	1	2	3	4	5	6
12. У меня много планов на будущее, я верю в их осуществление.	0	1	2	3	4	5	6

13. Я испытываю все больше жизненных разочарований.	0	1	2	3	4	5	6
14. Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня раньше.	0	1	2	3	4	5	6
15. Бывает, мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими больными.	0	1	2	3	4	5	6
16. Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех.	0	1	2	3	4	5	6
17. Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с моими коллегами и в отношениях с моими больными.	0	1	2	3	4	5	6
18. Я легко общаюсь с больными и их родственниками независимо от их социального статуса и характера.	0	1	2	3	4	5	6
19. Я многое успеваю сделать за день.	0	1	2	3	4	5	6
20. Я чувствую себя на пределе возможностей.	0	1	2	3	4	5	6
21. Я много еще смогу достичь в своей жизни.	0	1	2	3	4	5	6
22. Я проявляю к другим людям больше внимания и заботы, чем получаю от них в ответ признательности и благодарности	0	1	2	3	4	5	6

### Общий «ключ»

Субшкала	Номер утверждения	Максимальная сумма баллов
Эмоциональное истощение	1, 2, 3, 6*, 8, 13, 14, 16, 20	54
Деперсонализация	5, 10, 11, 15, 22	30
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

Примечание. \* отмечен «обратный» вопрос, который считается в обратном порядке.

### Методика В. В. Бойко «Діагностика рівня емпатії»

*Инструкция.* Если вы согласны с данными утверждениями, ставьте рядом с их номерами знак «+», если не согласны — знак «-».

#### Текст опросника

1. У меня есть привычка внимательно изучать лица и поведение людей, чтобы понять их характер, наклонности, способности.
2. Если окружающие проявляют признаки нервозности, я обычно остаюсь спокойным.
3. Я больше верю доводам своего рассудка, чем интуиции.
4. Я считаю вполне уместным для себя интересоваться домашними проблемами сослуживцев.
5. Я могу легко войти в доверие к человеку, если потребуется.

6. Обычно я с первой же встречи угадываю «родственную душу» в новом человеке.
7. Я из любопытства обычно завожу разговор о жизни, работе, политике со случайными попутчиками в поезде, самолете.
8. Я теряю душевное равновесие, если окружающие чем-то угнетены.
9. Моя интуиция — более надежное средство понимания окружающих, чем знания или опыт.
10. Проявлять любопытство к внутреннему миру другой личности бестактно.
11. Часто своими словами я обижаю близких мне людей, не замечая того.
12. Я легко могу представить себя каким-либо животным, ощутить его повадки и состояния.
13. Я редко рассуждаю о причинах поступков людей, которые имеют ко мне непосредственное отношение.
14. Я редко принимаю близко к сердцу проблемы своих друзей.
15. Обычно за несколько дней я чувствую: что-то должно случиться с близким мне человеком, и ожидания оправдываются.
16. В общении с деловыми партнерами обычно стараюсь избегать разговоров о личном.
17. Иногда близкие упрекают меня в черствости, невнимании к ним.
18. Мне легко удается, подражая людям, копировать их интонацию, мимику.
19. Мой любопытный взгляд часто смущает новых партнеров.
20. Чужой смех обычно заражает меня.
21. Часто, действуя наугад, я тем не менее нахожу правильный подход к человеку.
22. Плакать от счастья глупо.
23. Я способен полностью слиться с любимым человеком, как бы растворившись в нем.
24. Мне редко встречались люди, которых я понимал бы без лишних слов.
25. Я невольно или из любопытства часто подслушиваю разговоры посторонних людей.
26. Я могу оставаться спокойным, даже если все вокруг меня волнуются.
27. Мне проще подсознательно почувствовать сущность человека, чем понять его, «разложив по полочкам».
28. Я спокойно отношусь к мелким неприятностям, которые случаются у кого-либо из членов семьи.
29. Мне было бы трудно задушевно, доверительно беседовать с настороженным, замкнутым человеком.
30. У меня творческая натура — поэтическая, художественная, артистичная.
31. Я без особого любопытства выслушиваю исповеди новых знакомых.
32. Я расстраиваюсь, если вижу плачущего человека.
33. Мое мышление больше отличается конкретностью, строгостью, последовательностью, чем интуицией.

34. Когда друзья начинают говорить о своих неприятностях, я предпочитаю перевести разговор на другую тему.
35. Если я вижу, что у кого-то из близких плохо на душе, то обычно воздерживаюсь от расспросов.
36. Мне трудно понять, почему пустяки могут так сильно огорчать людей.

### **Обработка результатов**

Подсчитывается число ответов, соответствующих «ключу» каждой шкалы (каждый совпавший ответ, с учетом знака, оценивается одним баллом), а затем определяется их общая сумма.

Рациональный канал эмпатии: +1, +7, — 13, +19, +25, — 31.

Эмоциональный канал эмпатии: — 2, +8, — 14, +20, — 26, +32.

Интуитивный канал эмпатии: — 3, +9, +15, +21, +27, — 33.

Установки, способств. эмпатии: +4, —10, —16, —22, —28, —34.

Проникающая способн. в эмпатии: +5, —11, —17, —23, —29, —35.

Идентификация в эмпатии: +6, +12, +18, — 24, +30, — 36.

Анализируются показатели отдельных шкал и общая суммарная оценка уровня эмпатии. Оценки по каждой шкале могут варьироваться от 0 до 6 баллов и указывают на значимость конкретного параметра (канала) в структуре эмпатии. Они выполняют вспомогательную роль в интерпретации основного показателя — уровня эмпатии. Суммарный показатель теоретически может изменяться в пределах от 0 до 36 баллов.

### **Выводы**

Если в сумме по всем шкалам 30 баллов и выше — у человека очень высокий уровень эмпатии; 29–22 — средний; 21–15 — заниженный; менее 14 баллов — очень низкий.

В структуре эмпатии В. В. Бойко выделяет несколько каналов.

*Рациональный канал.* Характеризует направленность внимания, восприятия и мышления субъекта, выражающего эмпатию, на существо иного человека — на его состояние, проблемы, поведение. Это спонтанный интерес к другому, открывающий шлюзы эмоционального и интуитивного отражения партнера. В рациональном компоненте эмпатии не следует искать логику или мотивацию интереса к другому. Партнер привлекает внимание своей бытийностью, что позволяет выражающему эмпатию непредвзято выявлять его сущность.

*Эмоциональный канал.* Фиксируется способность субъекта эмпатии эмоционально резонировать с окружающими — сопереживать, соучаствовать. Эмоциональная отзывчивость в данном случае становится средством «вхождения» в энергетическое поле партнера. Понять его внутренний мир, прогнозировать поведение и эффективно воздействовать возможно только в том случае, если произошла энергетическая подстройка к тому, кому адресована эмпатия.

*Интуитивный канал.* Балльная оценка свидетельствует о способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в



подсознании. На уровне интуиции замыкаются и обобщаются различные сведения о партнерах. Интуиция, надо полагать, менее зависит от оценочных стереотипов, чем осмысленное восприятие партнеров.

*Установки, способствующие или препятствующие эмпатии*, соответственно облегчают или затрудняют действие всех эмпатических каналов. Эффективность эмпатии, вероятно, снижается, если человек старается избегать личных контактов, считает неуместным проявлять любопытство к другой личности, убедил себя спокойно относиться к переживаниям и проблемам окружающих. Подобные умонастроения резко ограничивают диапазон эмоциональной отзывчивости и эмпатического восприятия. Напротив, различные каналы эмпатии действуют активнее и надежнее, если нет препятствий со стороны установок личности.

*Проникающая способность в эмпатии* расценивается как важное коммуникативное свойство человека, позволяющее создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Каждый из нас своим поведением и отношением к партнерам способствует информационно-энергетическому обмену или препятствует ему. Расслабление партнера содействует эмпатии, а атмосфера напряженности, неестественности, подозрительности препятствует раскрытию и эмпатическому постижению.

*Идентификация* — умение понять другого на основе сопереживаний, умение поставить себя на место партнера. В основе идентификации — легкость, подвижность и гибкость эмоций, способность к подражанию

### **Опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов»**

*Инструкция:* просим вас заполнить две части опросника. С его помощью определяются переживания относительно ваших возможных потерь и приобретений. Оцените, пожалуйста, по 5-балльной шкале степень напряженности ваших переживаний по каждому пункту опросника. Для этого обведите цифру, которая соответствует напряженности переживанию (ощущений): 1 балл — «нет такого ощущения»; 2 балла — «переживание в малой степени»; 3 балла — «Переживание средней степени»; 4 балла — «переживание в значительной степени»; 5 баллов — «переживание очень сильное».

**1. Оценка потерь.** Пожалуйста, оцените ваши ощущения за последний год по каждому перечисленному ниже пункту.

№	За последний год я потерял(а)...	Степень переживаний				
		нет	низ- кая	сред- няя	силь- ная	очень силь- ная
1	Ощущение, что я успешен	1	2	3	4	5
2	Возможность нормально высыпаться (или отдыхать)	1	2	3	4	5
3	Возможность одеваться в соответствии с моим социальным статусом (одеваться так, как я хочу)	1	2	3	4	5
4	Ощущение, что я нужен другим людям	1	2	3	4	5

5	Стабильность в семье	1	2	3	4	5
6	Чувство гордости за себя (свои успехи и достижения)	1	2	3	4	5
7	Уверенность, что я достигаю своих целей	1	2	3	4	5
8	Хорошие отношения с близкими родственниками (супругой(ом), детьми, родителями)	1	2	3	4	5
9	Важные бытовые предметы	1	2	3	4	5
10	Уверенность в том, что мое будущее зависит от меня	1	2	3	4	5
11	Собственное здоровье	1	2	3	4	5
12	Жилищные условия, необходимые для достойной жизни в современных социальных условиях	1	2	3	4	5
13	Чувство оптимизма	1	2	3	4	5
14	Возможность здорового и полноценного питания	1	2	3	4	5
15	Ощущение стабильности своей работы	1	2	3	4	5
16	Уверенность, что я контролирую события моей жизни	1	2	3	4	5
17	Признание моих достижений со стороны значимых для меня людей	1	2	3	4	5
18	Мои сбережения, вклады	1	2	3	4	5
19	Мотивацию (желание) что-то делать	1	2	3	4	5
20	Поддержку от коллег	1	2	3	4	5
21	Стабильный доход, достаточный для достойной жизни	1	2	3	4	5
22	Ощущение независимости	1	2	3	4	5
23	Дружбу (друзей)	1	2	3	4	5
24	Знание о том, куда я иду в жизни (смысла жизни)	1	2	3	4	5
25	Ощущение, что моя жизнь имеет значение	1	2	3	4	5
26	Положительное мнение о себе	1	2	3	4	5
27	Людей, на которых я мог бы опереться	1	2	3	4	5
28	Возможность получать медицинскую помощь при необходимости	1	2	3	4	5
29	Возможности для образования и самообразования (в том числе и материальные)	1	2	3	4	5
30	Принадлежность к организациям, в которых есть люди со сходными интересами (церковь, клубы, спортивные организации и т. п.)	1	2	3	4	5

**2. Оценка приобретений.** Пожалуйста, оцените степень выраженности ощущений ваших приобретений за по каждому перечисленному пункту. Ваши ответы в баллах внесите в бланк для ответов «приобретения».

№	За последний года я приобрел(а)...	Степень переживаний				
		нет	низ- кая	сред- няя	силь- ная	очень силь- ная
1	Ощущение, что я успешен	1	2	3	4	5
2	Возможность нормально выспаться (или отдыхать)	1	2	3	4	5
3	Возможность одеваться в соответствии с моим социальным статусом (одеваться так, как я хочу)	1	2	3	4	5

4	Ощущение, что я нужен другим людям	1	2	3	4	5
5	Стабильность в семье	1	2	3	4	5
6	Чувство гордости за себя (свои успехи и достижения)	1	2	3	4	5
7	Уверенность, что я достигаю своих целей	1	2	3	4	5
8	Хорошие отношения с близкими родственниками (супругой(ом), детьми, родителями)	1	2	3	4	5
9	Важные бытовые предметы	1	2	3	4	5
10	Уверенность в том, что мое будущее зависит от меня	1	2	3	4	5
11	Собственное здоровье	1	2	3	4	5
12	Жилищные условия, необходимые для достойной жизни в современных социальных условиях	1	2	3	4	5
13	Чувство оптимизма	1	2	3	4	5
14	Возможность здорового и полноценного питания	1	2	3	4	5
15	Ощущение стабильности своей работы	1	2	3	4	5
16	Уверенность, что я контролирую события моей жизни	1	2	3	4	5
17	Признание моих достижений со стороны значимых для меня людей	1	2	3	4	5
18	Мои сбережения, вклады	1	2	3	4	5
19	Мотивацию (желание) что-то делать	1	2	3	4	5
20	Поддержку от коллег	1	2	3	4	5
21	Стабильный доход, достаточный для достойной жизни	1	2	3	4	5
22	Ощущение независимости	1	2	3	4	5
23	Дружбу (друзей)	1	2	3	4	5
24	Знание о том, куда я иду в жизни (смысла жизни)	1	2	3	4	5
25	Ощущение, что моя жизнь имеет значение	1	2	3	4	5
26	Положительное мнение о себе	1	2	3	4	5
27	Людей, на которых я мог бы опереться	1	2	3	4	5
28	Возможность получать медицинскую помощь при необходимости	1	2	3	4	5
29	Возможности для образования и самообразования (в том числе и материальные)	1	2	3	4	5
30	Принадлежность к организациям, в которых есть люди со сходными интересами (церковь, клубы, спортивные организации и т. п.)	1	2	3	4	5

#### Тестовые нормы для опросника

Уровень ресурсности — баланс между приобретениями и потерями	Значение индекса ресурсности
Низкий	< 0,8
Средний	0,8–1,2
Высокий	>1,2

#### Утрехтская шкала увлеченности работой

**Инструкция:** Вопросы, приведенные ниже, относятся к переживаниям, которые человек испытывает в связи со своей работой.

Пожалуйста, прочтите внимательно каждое из утверждений и определите, чувствовали ли Вы когда-либо нечто подобное по отношению к основной работе. Если у Вас никогда не было такого переживания, напишите 0 на бланке перед вопросом, если то или иное переживание у Вас было, отметьте на бланке, как часто оно возникает, в соответствии со шкалой, приведенной ниже (баллы от 1 до 6).

Никогда	Очень редко	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Всегда
0	1	2	3	4	5	6
Ни разу	Несколько раз в год или меньше	Раз в месяц и реже	Несколько раз в месяц	Раз в неделю	Несколько раз в неделю	Каждый день

1. \_\_\_\_\_ Во время работы меня переполняет энергия.
2. \_\_\_\_\_ Моя работа целенаправленна и осмысленна.
3. \_\_\_\_\_ Когда я работаю, время пролетает незаметно.
4. \_\_\_\_\_ Во время работы я испытываю прилив сил и энергии.
5. \_\_\_\_\_ Я полон энтузиазма в отношении своей работы.
6. \_\_\_\_\_ Во время работы я забываю обо всем окружающем.
7. \_\_\_\_\_ Моя работа вдохновляет меня.
8. \_\_\_\_\_ Проснувшись утром, я радуюсь тому, что пойду на работу.
9. \_\_\_\_\_ Я счастлив, когда интенсивно работаю.
10. \_\_\_\_\_ Я горжусь своей работой.
11. \_\_\_\_\_ Я ухожу в работу с головой.
12. \_\_\_\_\_ Могу работать в течение длительного времени без перерывов.
13. \_\_\_\_\_ Работа ставит передо мной сложные и интересные задачи.
14. \_\_\_\_\_ Я позволяю работе «уносить» меня.
15. \_\_\_\_\_ В работе я очень настойчив и не отвлекаюсь на постороннее.
16. \_\_\_\_\_ Мне трудно отложить работу в сторону.
17. \_\_\_\_\_ Я продолжаю работать даже тогда, когда дела идут плохо.

**Обработка результатов:** Опитувальник складається з 17 пунктів, що складають три шкали захопленості роботою:

- енергійність (6 пунктів: 1, 4, 8, 12, 15, 17);
- ентузіазм (5 пунктів: 2, 5, 7, 10, 13);
- поглинання діяльністю (6 пунктів: 3, 6, 9, 11, 14, 16);

Вопросы сортируются по принадлежности к шкале, по каждому из них подсчитываются баллы и высчитывается среднее значение. Далее полученный средний балл сравнивается с валидизированными значениями низкого, среднего и высокого уровня вовлечённости полученными авторами методики. Чтоб получить общий уровень вовлечённости, нужно подсчитать среднее по всем трём шкалам и сравнить с значениями низкого, среднего и высокого уровня вовлечённости полученными авторами методики.

Шкалы увлеченности работой	Баллы		
	Низкий уровень	Умеренный уровень	Высокий уровень
Энергичность	0 - 2.99	3 - 5	5.01 - 6
Энтузиазм	0 - 3.39	3.4 - 5.6	5.61 - 6
Поглощенность деятельностью	0 - 2.89	2.9 - 5.2	5.21 - 6

**Порівняльний аналіз даних  
Kruskal-Wallis Test**

	групи	N	Mean Rank	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
раціональний_канал	1	10	18,38	0,0026	2	0,9987
	2	12	18,55			
	3	14	18,57			
	Total	36				
емоціональний_канал	1	10	21,25	6,1549	2	0,0461
	2	12	18,15			
	3	14	17,11			
	Total	36				
інтуїтивний_канал	1	10	15,00	7,2434	2	0,0267
	2	12	16,43			
	3	14	23,83			
	Total	36				
установки_на_епатію	1	10	18,08	0,1723	2	0,9174
	2	12	19,65			
	3	14	18,04			
	Total	36				
проникаюча_способн ость	1	10	18,65	0,0069	2	0,9966
	2	12	18,58			
	3	14	18,32			
	Total	36				
ідентифікація	1	10	18,04	0,1666	2	0,9601
	2	12	17,95			
	3	14	19,50			
	Total	36				
общая_эмпатия	1	10	17,18	0,3975	2	0,8197
	2	12	19,04			
	3	14	19,70			
	Total	36				
Истощение	1	10	9,50	16,041	2	0,0003
	2	12	20,07			
	3	14	27,10			
	Total	36				
Деперсоналізація	1	10	15,00	5,0039	2	0,0819
	2	12	16,43			
	3	14	23,83			

	Total	36				
Профэфективность	1	10	12,75	8,9329	2	0,0115
	2	12	18,07			
	3	14	26,00			
	Total	36				
Энергичность	1	10	15,35	1,3462	2	0,5101
	2	12	19,11			
	3	14	20,42			
	Total	36				
Энтузиазм	1	10	21,45	7,8046	2	0,0202
	2	12	22,25			
	3	14	11,67			
	Total	36				
Поглощенность	1	10	18,88	0,4225	2	0,8096
	2	12	19,90			
	3	14	17,18			
	Total	36				
приобретение_ресурсов	1	10	14,68	3,5430	2	0,1701
	2	12	19,50			
	3	14	22,65			
	Total	36				
потеря_ресурсов	1	10	13,07	6,1874	2	0,0453
	2	12	21,29			
	3	14	22,75			
	Total	36				
ИР	1	10	20,54	0,8369	2	0,6581
	2	12	18,45			
	3	14	16,79			
	Total	36				