

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Факультет психології
Кафедра загальної психології

Кваліфікаційна робота

на тему: «Психологічні кореляти вигорання медичних працівників»

Студентки 2 курсу групи ПС-61
другого (магістерського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми «Психологія»
за спеціальністю 053 - ПСИХОЛОГІЯ

Маргарити ОБУХОВОЇ

Керівник: к. психол. н., доцент,
доцент ЗВО кафедри загальної психології

Наталія МАЄВСЬКА

Чотирьохрівнева шкала оцінювання _____

Кількість балів _____

Члени комісії _____ (підпис) (прізвище та ініціали)
_____ (підпис) (прізвище та ініціали)
_____ (підпис) (прізвище та ініціали)

м. Харків, 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	6
1.1 Історія дослідження проблеми вигорання в зарубіжній та вітчизняній психологічній науці.....	6
1.2 Прояв синдрому вигорання у медичних працівників.....	11
1.3 Прояв комунікативних і організаторських схильностей, мотивації до успіху, особистісних рис як предикторів синдрому вигорання медичних працівників.....	15
Висновки до 1 розділу.....	20
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	23
2.1 Концептуальна та операціональна моделі дослідження.....	23
2.2 Методологія та методи емпіричного дослідження.....	24
2.3 Процедура дослідження та обґрунтування психодіагностичного інструментарію.....	28
Висновки до 2 розділу.....	31
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОРЕЛЯТИВ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	33
3.1 Особливості прояву вигорання, комунікативних та організаторських схильностей, мотивації до успіху та особистісних рис у медичних працівників.....	33
3.2 Психологічні кореляти вигорання лікарів та медичних сестер	39
Висновки до 3 розділу.....	48
ВИСНОВКИ.....	51
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	56
АНОТАЦІЇ.....	62
ДОДАТКИ.....	64

ВСТУП

Проблема: розбіжності між існуючими в літературній площині емпіричними даними, які представляють альтернативні позиції та результати дослідження, а саме висока мотивація влади та низька професійна мотивація, екстраверсія або інтроверсія, уміння чи його відсутність організувати простір та процес роботи, емоційна нестабільність детермінують розвиток синдрому вигорання у медичних працівників.

Актуальність: на сьогодні триває десятий рік російсько-української війни, четвертий рік пандемії COVID-19, нестабільність економіки, відповідно відсутність щоденної базової впевненості у власній безпеці, що спричинює мінливість планів та вимушену різку адаптивність – і це негативно впливає на психічне і фізичне здоров'я українців. Протягом цього періоду проведені дослідження встановили, що згадані вище події є стресовими та детермінують різні соматичні хвороби, мають вплив на буденне життя і професійну сферу в силу нерівномірного фізичного та емоційного навантаження, що призводить до відчуття виснаження та вигорання, виконуючи робочі обов'язки (К. Маслач, К. Черніс, Е. Еделвіч, А. Бродський, Т. Кокс, А. Гріффітс, Г. Чуйко, І. Чернописько, Л. Леженіна, А. Боднар, Н. Марута, О. Чабан, Ю. Драна, В. Ровенська, Є. Саржевська та інші).

Діяльність медичного працівника безпосередньо пов'язана із щоденним спілкуванням як з колегами (спільне ведення різними спеціалістами одного пацієнта), так із самим пацієнтом та його рідними. Варто відмітити, що молодим спеціалістам властиво мати високу мотивацію щодо роботи на початку їхньої кар'єри, яка проявляється у побудові далекосяжних планів та прагнень бути корисним, проте з часом в силу психологічно важких умов з високим рівнем стресу та відповідальності, неадекватних стресових копінг-стратегій у деяких лікарів відбувається крах ілюзій, емоційна та фізична втома, що призводить до синдрому вигорання.

Відповідно теоретично дослідити та емпірично виявити зв'язки компонентів синдрому вигорання та комунікативних та організаторських схильностей, як можливість налагоджувати та регулювати ситуації взаємодії; мотивації до успіху, як

сукупність внутрішніх і зовнішніх інтенцій, які спрямовують на досягнення поставлених цілей та особистісних рис, а саме екстраверсії, дружелюбності, добросовісності, емоційної стабільності, відкритості новому досвіду з метою подальшої розробки практичних рекомендацій та запобіжних засобів на сьогодні є актуальним.

Об'єкт: синдром вигорання.

Предмет: психологічні кореляти синдрому вигорання у медичних працівників.

Мета: виявити характер взаємозв'язку таких особистісних рис, як екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду, комунікативних і організаторських схильностей, мотивації до успіху з вигоранням медичних працівників.

Гіпотеза: розвиток синдрому вигорання сильно пов'язаний із комунікативними і організаторськими схильностями, мотивацією до успіху та проявом таких особистісних рис, як екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду.

Задачі:

1. Здійснити теоретичний аналіз зарубіжних і вітчизняних пояснень і моделей феномену синдрому вигорання та його психологічних корелятів.
2. Дослідити прояви синдрому вигорання, особистісні риси, комунікативні та організаторських схильності, мотивацію до успіху медичних працівників.
3. Виявити особливості взаємозв'язку синдрому вигорання з особистісними рисами (екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду), комунікативними і організаторським схильностями, мотивацією до успіху окремо у лікарів та медичних сестер.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, систематизація й узагальнення психологічних даних з проблеми дослідження; емпіричні: опитувальник MBI-HSS (MP) (Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey for Medical Personnel) (в українській адаптації С. Дарієвської, Т. Степурко, А. Бойко), короткий п'ятифакторний

опитувальник особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR) (в українській адаптації М. Кліманської, І. Галецької), Діагностика комунікативних і організаторських схильностей (КОС-2) (Б.О. Федоришин), Методика діагностики мотивації до успіху Т. Елерса; статистичні: аналіз даних, здійснений за допомогою статистичного пакету The jamovi project (Version 2.3), який включав описову статистику (середнє значення, медіану, стандартне відхилення, міру їх розсіювання, мінімум та максимум значень, гістограму як засіб відображення розсіювання значень), кореляційний аналіз за критерієм r-Спірмена; U-критерій Мана-Вітні.

Характеристика вибірки: вибірка дослідження складається із 54 медичних працівників (29 лікарів і 25 медичних сестер), 36 жінок і 18 чоловіків, віком від 21 до 55 років, які мають стаж роботи не менше п'яти років в лікарні, проживають у місті Києві та передмісті.

Практична значущість: додавання отриманих результатів дослідження до наявних наукових та теоретичних надбань щодо взаємозв'язку рівня вигорання і наступних психологічних чинників: комунікативних і організаторських схильностей, мотивація до успіху з метою подальшого широкого застосування під час консультаційних, корекційних, профілактичних робіт практичних психологів і не тільки, сприяти розробці рекомендацій, методичних посібників, програм профілактики виникнення та розвитку вигорання, особливо таких актуальних на сьогодні форм психологічної роботи, як тренінги та групові форми роботи, а також освітні курси підготовки практичних психологів.

Структура роботи: робота містить вступ, три розділи, висновки до кожного розділу, загальні висновки, список використаної літератури, анотації, додатки. Робота має 8 таблиць та 3 рисунки. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 85 сторінки, з яких 55 основного тексту. Список літератури складається із 55 позицій, з яких 19 - іноземною мовою.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

У цьому розділі описано особливості та етапи розвитку феномену «вигорання» медичних працівників у зарубіжними та вітчизняними науковцями, наведені симптоми, хто та за яких умов потрапляє у групу ризику, результати проведених раніше досліджень щодо проявів та корелятивів синдрому вигорання у медиків. Наведено, як комунікативні та організаторські схильності, мотивація до успіху та певні особистісні риси впливають на професійне функціонування та проявляються під час стресу.

1.1. Історія дослідження проблеми вигорання в зарубіжній та вітчизняній психологічній науці

Перші дослідження феномену «вигорання» у сфері медицини проводили американські вчені в силу активного розповсюдження цього явища: незалежно від спеціальної підготовки та підбору працівників, професійно оснащених робочих місць, медики виразили незадоволеність роботою і самі ж отримували скарги на їх неуважність, грубість, нетерплячість і т.д. У результаті досліджень було встановлено, що детермінантною є професійний стрес, вагомою складовою якого, окрім інших робочих стресорів, є «стрес спілкування».

В історії зарубіжних досліджень синдрому вигорання визначено три етапи. На 1-му науковцями було ототожнено з поняттям стресу і його наслідками. Сельє Г. уперше застосував поняття «професійний стрес» з метою позначення напруження, яке спричинює особистісні адаптаційні і захисні реакції як екстрену мобілізацію внутрішніх ресурсів організму через дії нових подразників для подолання перешкод або захисту від їхнього негативного впливу. І науковець встановив, що такий процес відбувається у три фази, а саме: фаза шоку, під час якої наявне внутрішнє відчуття тривоги і мобілізують захисні сили; фаза опору – в силу продовження дії подразника відбувається адаптація до нього; фаза виснаження – захисні механізми організму вже

не спроможні діяти далі, що спричинює порушення узгодженого життєвого функціонування [42].

Завдяки міждисциплінарним (філософії, медицини, психології) дослідженням синдрому вигорання почався 2-й етап – системний, головним положенням якого є: вигорання – конструкт динамічного та статистичного аспектів, адже системна робота організму є передовою умовою адаптації та саморегуляції особистості. Б. Перлман та Е. Хартман встановили, що вигорання чинить системний вплив на кожну із структурних складових людини як цілісної системи: фізичну (фізичне виснаження), когнітивно-афективну (деперсоналізація та емоційне виснаження), поведінкову (типи дій як симптоми, зниження робочої продуктивності). Проте погляди науковців у цей період не були однозначними і даний феномен досліджувався у двох підходах: результативному та процесуальному [54].

Представники першого, результативного, розглядали синдром вигорання як стан внаслідок взаємодії конкретних причино-наслідкових елементів. Х. Дж. Фрейденбергер, зачинатель наукового вивчення вигорання (1974), дав визначення «stuff burn-out» (у перекладі з англійської «професійне виснаження»), пояснивши як «виробитися, розтратитися і стати виснаженим від надмірних витрат енергії, сил і ресурсів». Згодом цим терміном характеризував стан психічно здорових людей, які вступають і знаходяться в інтенсивній взаємодії з оточенням в умовах емоційної напруги протягом виконання професійних задач [39, 40]. Дещо пізніше у 1976 році К. Маслач, яка стала основоположницею терміну «синдром вигорання» і розтлумачила як «стан фізичного, емоційного, розумового виснаження, що проявляється як тривала відповідь (реакція) працівника на хронічні міжособистісні стресори на роботі, що включає розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи і втрату розуміння та співчуття стосовно пацієнтів» [44, 47]. Дослідниця відзначила, що «вигорання – це не втрата творчого потенціалу, не реакція на нудьгу, а скоріше емоційне виснаження внаслідок стресу спричиненого міжособистісним спілкуванням» [49]. К. Маслач із колегою С. Джексон розробили теорію вигорання, що включає

трикомпонентну модель, яка описує відповідні їй симптоми: «емоційне виснаження (відчуття емоційного перенапруження або зниження/вичерпаності емоційних ресурсів), деперсоналізація (тенденція негативного, бездушного, цинічного ставлення до клієнтів (пацієнтів), редукція персональних досягнень (зниження почуття власної робочої компетенції, цінності своєї діяльності, негативне сприйняття себе як професіонала і особистості)» [45, 48].

Представник другого підходу пояснюють синдром вигорання як динамічне явище: вигорання – процес, який протікає закономірно і послідовно (стадіями, фазами). К. Черніс стверджував, що цей феномен проявляється негативною зміною поведінки у результаті стресогенного робочого середовища і розвивається у три стадії: 1-ша – відчуття дисбалансу між власними ресурсами і потребами середовища; 2-га – перебування у емоційній напрузі, втома і виснаження; 3-тя – зміни у поведінці (байдуже чи грубе поводження з пацієнтами) [37]. Е. Еделвіч і А. Бродський (1980) трактують як поєднання фізично-емоційно-когнітивне виснаження внаслідок руйнування мрій, втрати ідеалізму, натхнення, в силу специфічних некомфортних умов роботи. Також Д. Етзіон пояснював як «психологічна ерозія», а К. Маслач і М. Ляйтер – як «ерозія душі», а саме ерозія цінностей, настрою, волі, та Б. Перлман і Е. Хартман – як сукупність реакцій на організаційні стресори. Модель Т. Кокса та А. Гріффітса описує синдром вигорання як закономірні стадії: сильна мотивація, робоча обстановка є несприятливою, застосування неефективних копінг-стратегій. Е. Мехер дослідив основні симптоми фізичного рівня: часті мігрені, розлади ШКТ, тілесні болі, безсоння, відсутність чи великий апетит; психологічного – інтровертованість або агресивність, різкість, почуття провини та відсутність власної професійної та особистісної поваги; поведінкового – пасивність, відстороненість, неохайність та інше [53, 55].

Сучасний, 3-й, етап, крім вище згаданих теорій, спирається на екзистенційні погляди: синдром вигорання є комплексом специфічних переживань – життєвих криз у ставленні до світу і сприйняття себе у ньому. Також мають місце погляди гуманістів культурологічного підходу, які розглядають даний феномен як процес суб'єктивних

змін власної свідомості. К. Роджерс, А. Маслоу, Е. Фром розглядали ЕВ і як загрозу самоактуалізації, так і можливість самосвідомості конструктивно зростати [50].

В історії вітчизняних досліджень особливу увагу приділено впливу вигорання на якість життя, тобто ця проблема розглядається на екзистенційному рівні, із використанням поняття «акме» для пояснення успішних людських звершень, які впливають на рівень життя, особистісні риси, взаємодію із оточенням і сприйняттям себе у ньому і т.д. Тому в акмеологічному контексті розвиток цього феномену пов'язаний із сенсами і смислами, цінностями, мотиваційною сферою працівника, його комунікативними проявами – і в результаті має вплив як на перебування і вирішення різних життєвих ситуацій, так і професійну самореалізацію [17, 27].

Чуйко Г.В. та Чернописько І.І. визначили, що у групі ризику схильності до вигорання є сумлінні, віддані своїй роботі, захоплені справою працівники, маючи досить ідеалістичні уявлення про її важливість. І в подальшому, коли їхні уявлення руйнуються, усвідомлення нижчої власної значимості спричинює депресивні симптоми або і сам розлад, зневіру в собі та професії [32].

Леженіна Л.М. дослідила, що потерпіти від вигорання може як окремих працівників, так і цілий відділ чи взагалі колектив. Так стається в результаті того, що певна особистість, яка вже є у групі ризику, проявляє такі риси як песимізм, негативне сприйняття й оцінку ситуації, роздратування, грубість, неухважність під час виконання роботи тощо. Тому перебуваючи у взаємодії з колегами, на яких впливають ті ж стресори, відбувається так зване «зараження», тобто розвиток однакових симптомів вигорання і в інших завдяки дзеркальним нейронам, які ніби копіюють поведінку і несвідомо запускають її у свого власника. Саме це, на думку авторки, і становить основну його небезпеку, особливо на першій стадії (появи), адже, як правило, людина може не усвідомлювати і не помічати ці симптоми, плутати із іншими хворобами чи розладами, лікувати (навіть просто маскувати, наприклад, за допомогою алкоголю чи цигарок) прояви, але не усувати причину, або не звертати увагу на зауваження інших, яким зі сторони вони є виразними. Тому Леженіна Л.М. стверджує, що важливо знати

як розпізнати появу фактів та вчасно скорегувати свої дії з метою попередження розвитку вигорання [8].

Ващенко І.В. та Антонова О.Г. стверджують, що стрес є нормальною психологічною реакцією працівника на нову та нетипову ситуацію, для вирішення якої він чи вона ще не має перевірених способів рішення, має швидко адаптуватися, тому активно відбувається в організмі процес самозбереження, мобілізації всіх ресурсів, надмірний самоконтроль, часте стримування негативних емоцій (невдоволення, незгода, протест і т.д.), що також потребує багато сил – і якщо цей процес триває досить довго без зменшення напруги та позитивних результатів вирішення, то є ризик до вигорання [4].

За Мальяр-Газдою Н.М. емоційне вигорання є професійним дистресом, який проявляється на психологічному і психосоматичному (психофізіологічному) рівнях. Відповідно до проведеного дослідження авторка стверджує, що за умов необхідності інтенсивної взаємодії, а саме комунікації, з'являються відхилення у соматичному та психічному стані людини. Найпоширенішими проявами вигорання є загальна кволість, нудота, запаморочення, безсоння, тремор, підвищена пітливість або «кидання в жар чи холод», зміна артеріального тиску, загострення хронічних хвороб. Факт переходу емоційних реакцій на психосоматичні розлади свідчить про те, що психологічні захисні механізми не справляються із тривалим важким навантаженням та знаходять «вихід» або «повідомлять» про необхідність вжити певних заходів особі на фізичному рівні [21].

Боднар А. вважає, що хоч прояви вигорання і професійного стресу можуть бути схожими, але не варто їх ототожнювати, бо це явище скоріше є внаслідок комплексного впливу стресогенних факторів, аніж його різновидом. І встановив, що найбільший ризик вигорання може зазнати особа, яка перебуває у постійній депривації та обмежена у повноцінному задоволенні своїх потреб (наприклад, вузьке коло спілкування чи відсутність однодумців, знецінювання втоми з боку рідних, відсутність якісних медичних послуг і т.д.). Натомість вірогідність появи знижується, якщо особа

високо орієнтована у роботі на співпрацю і компроміс, креативність вирішення актуальних сімейних завдань, високий рівень комунікативних умінь, а саме свідомо регуляція інтенсивності і тривалості розмов, просоціальний вектор життя [3].

За МКХ-11, «емоційне вигорання - це синдром, признаний результатом хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий» [41], у блоці «проблеми, пов'язані із зайнятістю чи безробіттям» під назвою «перевтома».

1.2 Прояв синдрому вигорання у медичних працівників

Незаперечним фактом для медичних працівників є те, що роки пандемії COVID-19 та російсько-української війни для них є найтяжчими, адже щоденно перебуваючи – організовуючи, контролюючи і завершуючи - у процесі «боротьби» за життя тисячі людей, як лікарі, так і медсестри зазнають великого навантаження: суб'єкт-суб'єктна особливість роботи мимовільно поміщає у негативні емоційні переживання пацієнтів, вимагає постійно знаходитися у колі людських проблем та бути на зв'язку із хворими, вислуховувати, приймати рішення і без права на помилку діяти за умов дефіциту часу і обмежених ресурсів для лікування, мати на високому рівні компетенції і займатися професійним самовдосконаленням та освітою. Відповідно для реалізації цих факторів витрачається багато емоційних ресурсів, що в результаті надмірної роботи і нерегульованості їх витрат може спричинити стан «розрядженої батарейки» - вигорання [31, 43, 51].

Через особливість діяльності, а саме постійну емоційну напруженість, працівники певних медичних спеціальностей є у групі високого ризику вигорання:

- психіатрія і наркологія (зазвичай потрібно працювати із пацієнтами, які мають агресивну поведінку або психоактивні залежності);
- лікарі онкологічного відділення чи терапії (постійна комунікація із людьми з хронічними захворюваннями, смертельними симптомами, які потребують інтенсивного і невідкладного лікування, категорія осіб похилого віку) [2, 52].

Невід'ємною складовою лікарської роботи є комунікація із паліативними хворими та їхніми родичами – і це вимагає розвитку таких вмінь, як дипломатичність, стриманість (так звана «суха» розмова) і відсутність емоційності (реалістично, чітко і фактами говорити), тактовність, структурованість донесення інформації, що формує у працівників (змінює їхні особистісні прояви) психічну напругу та збідніле емоційне реагування [26].

Також для розвитку синдрому вигорання слугують наявні чи набуті в процесі роботи риси, на основі яких визначено типи медичних працівників із найбільшою схильністю:

- педантичний (висока сумлінність у формі абсолютної та надмірної акуратності та прагненні до кращості, навіть у шкоду собі);
- демонстративний (характерне прагнення першості у всьому, бути у центрі уваги, а також нехтування раціональним розподіленням емоційної та фізичної залученості веде до швидкої загальної втоми та втомлюваності навіть виконуючи дрібні буденні справи);
- емотивний (висока емпатійність, чуттєвість, вразливість, чуйність, турботливість, що може межувати із патологією чи здійснювати саморуйнівний вплив) [15, 25].

За дослідженням Асонова Д. одним із важливих робочих факторів ризику синдрому вигорання у лікарів є процес спілкування з пацієнтами: по-перше, їх велика кількість (стан «говорити і говорити»), характер взаємодії – обслуговуючий, тобто потрібно бути ввічливим (вольовий процес), висока ймовірність критичних ситуацій та конфліктів (і як діяти в них). До того ж необхідність суворого дотримання деонтології та взаємодії із етичним комітетом слугують чинниками цього феномену.

Також було встановлено, що до індивідуальних психологічних факторів ризику віднесено: інтроверсія, знижена соціальна активність, соціальна дезадаптивність, внутрішня спрямованість інтересів та хобі, надмірна агресивність і дратівливість, схильність до авторитарності, знижена самооцінка, низька самоповага, різка полярність емпатичної відповіді. Визначено, що такі характеристики особистості, як слабка «Я-

коцепція», висока мотивація влади, але низька професійна мотивація, трудоголізм, емоційна лабільність, фрустрованість, ригідність когніцій, тривожний тип особистості є перешкодами для повноцінного професійного розвитку лікаря і сприяють швидкому виснаженню від роботи, а згодом і виснаженню – вигоранню. Натомість розвитку цього феномену медсестер частіше сприяють соціодемографічні (обслуговування великої кількості пацієнтів та чоловіча стать) та професійні чинники (нестача інфраструктури та необхідного обладнання, низька заробітна плата, велика кількість завдань, нестача професійного визнання, високий контроль з боку керівництва і в той же час слабкий контроль над професійним середовищем) і настає швидше, ніж у лікарів [1].

Марута Н.О., Чабан О.С., Каленська Г.Ю., провівши дослідження з метою виявлення особливостей вигорання у працівників неврологічного та психічного відділень, встановили, що це явище як реакція на професійні стресові чинники проявляється у 68,4% лікарів, а аналіз динамічної структури синдрому демонструє, що 30,6% досліджуваних є у фазі напруження, 20,4% - резистенції, 17,3% - виснаження. Провідну роль у механізмі формування вигорання мають редукція професійних обов'язків (дуже поширено серед досліджуваних), переживання психотравматичних обставин неадекватне емоційне реагування та «режим економії» емоцій (менш поширено серед досліджуваних), емоційна та особистісна відстороненість (майже не поширено серед досліджуваних).

Проведений кореляційний аналіз зв'язків вигорання та порушення виконавчих функцій встановив, що негативна професійна поведінка працівників найбільше пов'язана із низькою професійною успішністю ($r=0,821$) та емоційним виснаженням ($r=0,732$), дещо менше - незадоволеністю собою ($r=0,632$) та втомлюваністю ($r=0,611$), а також із зниженою активністю ($r=0,562$), фізичною та психічною астеною ($r=0,523$), неадекватним емоційним реагуванням ($r=0,487$). Кореляційні поєднання вигорання та роботи уваги: порушення концентрації уваги найбільше пов'язано із загальною астеною ($r=0,721$), тривогою та депресією ($r=0,672$), дещо менше – із переживаннями

психотравмуючих чинників ($r=0,613$), байдужість до роботи ($r=0,591$), зниження мотивації ($r=0,502$), редукція професійних обов'язків ($r=0,439$) [23].

Відповідно до проведеного дослідження Ровенської В.В. та Саржевської Є.О. з метою вивчення особливостей синдрому вигорання у лікарів різних спеціальностей (лікарі ШМД, фельдшери, хірурги, педіатри, кардіологи, лікарі ЗПСМ) та впливу рівня особистісної тривожності у формуванні симптомів даного феномену встановлено: найяскравіше виражений за всіма шкалами у лікарів-педіатрів та сімейних лікарів через те, що вони найбільше робочого часу перебувають у тісному емоційному контакті із різними хворими і проявляється як емоційне спустошення, висока особистісна тривожність, погіршення настрою, психоемоційним відстороненням, зниженою продуктивністю та незадоволеністю собою. Ознаки вигорання у лікарів-хірургів найяскравіше проявилися в осіб із найбільшим і найменшим стажем роботи. Для кожної спеціальності лікарів встановлено: мінімально виражена ознака «емоційне виснаження», середньо та високо – «деперсоналізація» та «редукція особистісних досягнень» відповідно, а також вони є у стадії формування [30].

Результати дослідження Драної Ю.Ю. з метою діагностики вигорання медичних працівників до та під час воєнного стану демонструють наступне (за використанням методики МВІ (К. Маслач): кількість досліджуваних, які мали високий рівень за шкалою «емоційне виснаження» до початку повномасштабного вторгнення збільшилася на 31%, а які мали середній та низький знизилася на 18% і 13% відповідно; за шкалою «деперсоналізація» збільшилася кількість досліджуваних на 48%, а зменшилася - середній рівень на 13%, низький рівень – 45%; за шкалою «редукція професійних обов'язків» на 61% більше учасники отримали високий рівень, а менше середній на 35% і низький на 24% [6]. Відповідно можна зробити висновок, що показники синдрому вигорання медиків у період військового стану за всіма трьома шкалами категорія високий рівень стали частіше проявлятися, що свідчить про інтенсивний вплив та меншу спроможність протистояти негативним факторам цього синдрому.

1.3 Прояв комунікативних і організаторських схильностей, мотивації до успіху, особистісних рис як предикторів синдрому вигорання медичних працівників

У процесі роботи медичні працівники знаходяться у постійній комунікації із пацієнтами, їхніми рідними, колегами, членами вищих медичних держустанов. І відповідно успішність їхньої взаємодії: наприклад, доступно донести пацієнту необхідність лікування, обстежень і т.д.; вирішувати із членами родини важливі питання що стосуються життя і здоров'я хворого (якщо він самостійно це зробити не може); відстоювати власні професійні інтереси та потреби пацієнтів у якісному обладнанні, доступних ліках і т.д. перед представниками влади - у більшості залежить від комунікативних здібностей лікаря чи медичної сестри.

Спілкування, перш за все, виконує функцію обміну інформацією (адекватно інтерпретувати та правильно передавати її), організацію медичним працівником взаєморозуміння і взаємовідношення із колегами та пацієнтами використовуючи різні комунікативні засоби. При цьому лікар чи медична сестра має бути ініціатором вербальної взаємодії, вміти організовувати та керувати ним, створюючи цим найбільш сприятливі соціально-психологічні передумови лікарського впливу на пацієнта чи його родичів [9].

Відносини між медичним працівником та пацієнтом/його родичами мають три особливості: *пізнавальна* проявляється як знання лікаря чи медичної сестри про пацієнта як особистість загалом та його діагноз та схему лікування, їх суджені один про одного; *емоційному* – почуття симпатії та антипатії, комфорту чи напруги; *вольова* - активізація та стимуляція особистісних взаємин на лікувальний процес пацієнтів.

У збільшенні впливу особистості лікаря на пацієнта важливу роль відіграє його культура спілкування, що також залежить і від його особистісних якостей. Тому медичному працівнику необхідно мати добре розвинені професійні риси, щоб забезпечити високу культуру спілкування, а саме: доброзичливість, чуйність, ввічливість, вміння активно і пасивно слухати, підбирати коректний тон спілкування

(авторитарний чи демократичний (дружній) і т.д. Саме це найсильніше впливає на пацієнта, мобілізуючи сили на активне лікування [36].

Досвідчений лікар утримується від полярних форм спілкування:

- позиція «протистояння» лікаря і пацієнта, заснована на авторитеті першого і характеризується поблажливо-відстороненим ставленням, наголошенням на різних соціальних статусах, прагненні тримати хворого ніби на дистанції, а також стиль і тон спілкування прохолодний, дещо зарозумілий та вимогливий;
- позиція «розмитих меж», що проявляється як псевдо-дружні та фамільярні стосунки [5].

Відповідно доречною формою спілкування буде та, яка базується на авторитеті лікаря, який є результатом органічного поєднання його особистісних рис, функцій та наданих йому прав. Тому лише та особа може його отримати, поведінка якої природна, скромна, з почуттям власної гідності, а слова не суперечать діям. Таким чином, якісний контакт із пацієнтами будується на відносинах співробітництва і взаємоповаги, тобто не просто спілкуватися, а бути дещо близькою людиною, якій можна довіритися, але при цьому дотримуючись субординації [24].

Організаторські здібності лікаря можуть проявлятися двох видів:

- організувати якісний збір анамнезу та встановити коректний діагноз;
- вміння безпосереднього вольового впливу лікаря на пацієнта, висувати вимоги лікування і контролювати їх виконання (наприклад, якщо пацієнт перебуває на стаціонарному лікуванні) [13].

Психологічною основою здатності впливати є комплекс таких якостей, як впевненість в собі, відповідальність за лікувальний процес та одужання пацієнта, переконаність у своїй правоті (наприклад, коли лікар призначає певний препарат, а пацієнт каже: «А може його не треба, можливо я настоянками полікуюсь»). При цьому важливо відчувати межу між наполегливістю та спокою без глибокого натиску, примусу чи погроз. Такі професійні риси як, м'якість, безпринципова поблажливість, наївність, довірливість не сприяють організації лікування [38].

Також важливою складовою організаторських здібностей медичного працівника є аргументована переконливість його поглядів щодо діагнозу та лікування. У цьому випадку важливу роль грають тон і стиль висловлювань. Важливо, щоб пацієнти відчували у тоні лікаря як переконливість у своїй правоті, так і впевненість, що його назначене лікування буде виконане. Характерна особливість лікаря із міцними організаторськими здібностями: він майже ніколи не вступає у дискусії чи суперечки із пацієнтами чи його рідними [18].

Ефективність професійної діяльності медичного працівника можлива лише завдяки розумінню її мотивації. Мотивація – це сукупність зовнішніх та внутрішніх спонук та заохочень, які спрямовують діяльність на досягнення певної мети. Проте мотивація, ніби з цеглинок, складається з мотивів – усвідомлена потреба і причина, що є в основі вибору тих чи інших дій особистості [29].

Перші теорії мотивації сформовані на основі історичного поведінкового досвіду людини через застосування примітивних стимулів змушення, матеріального та морального заохочення. Протягом багатьох років передовою була модель фізичного примусу, лише згодом суспільну важливість і актуальність отримали «економічної необхідності» та стимуляція праці відповідно до продуктивності [7].

Основоположник концепцій мотивації є А. Сміт, який довів, що людину слід змушувати працювати і контролювати її роботу, а головним мотивом діяльності є особистісно корисливий інтерес, який задовільниться лише у міжособистісних взаєностосунках.

До *внутрішніх мотивів* належать: розвиток *майстерності*, тобто стати кращим спеціалістом, виконати інтелектуальні виклики; *цікавість*: можливість розширювати професійні знання і кругозір; *соціальна взаємодія*: зробити внесок у створення корпоративної культури, відповідальність наставництва, задоволення потреб клієнта, а саме полегшити чивилікувати пацієнта; *відчуття власної потрібності і корисності*.

А зовнішні мотиви поділяються на *позитивні* (наприклад, матеріальні блага, перспективи простійного росту і розвитку і т.д.) та *негативні* (адміністративні санкції, штрафи, критика, осуд та інше) [20].

Погляди науковців Гебона А., Герцберга Ф., Крайга Г., Кона І., Макгрегора Д., Тейлора Ф., Уайта У. мають спільність: професійна мотивація є системоутворюючим фактором, що містить професійну спрямованість, яка виражена рівнем прагнення оволодіти професією та бажанням працювати саме за нею. Професійна мотиваційна сфера лікаря містить такі мотиви:

- *призначення професії* як уявлення про мету медичної діяльності, шана, повага та цінність, захоплення та задоволення нею та наукою в цілому;
- *матеріальні винагороди*;
- *самореалізація* (бажання допомогти іншим, переконливість у власній потребності, корисності) [33].

Сьогодні однією із дефіцитних сфер кадрів багатьох країн та України є медична, а актуальною проблемою є низький рівень забезпечення населення лікарями, фельдшерами, медсестрами, особливо у сільській місцевості саме через низьку мотивацію.

Вагомими типами мотивації медичних працівників є:

- *соціальна* – працівник усвідомлює і відчуває, що він частина команди, тому він розуміє, що як від нього залежить результат лікування пацієнта, так і він може покласти на компетенції колеги;
- *психологічна* – атмосфера колективу впливає на загальне моральне самопочуття працівника, що є важливою частиною у процесі медичної допомоги (як кажуть, «спочатку самостійно треба бути в ресурсі, щоб допомогти відновити його іншому»);
- *кар'єрна* – бажання підвищувати свою кваліфікацію, кар'єрний ріст, досягати високих професійних результатів;
- *освітня* – бажання отримувати нові знання своєї спеціальності.

Ці типи мотивації тісно пов'язані між собою, проте є невід'ємними від внутрішньої мотивації (диспозиційна, активізується під впливом певних обставин, оцінюється відповідно до актуальних інтересів та потреб працівника, що у результаті сприяє зміні сприйняття працівником ситуації) та зовнішня (ситуаційна, спонукає до дій завдяки зовнішнім матеріальним чи психологічним умовам (доплата за понаднормову роботу чи чергування, різні форми винагороди чи покарання) [16].

Проведене дослідження Чорною В.В. з метою визначення особливостей внутрішньої та зовнішньої мотивації, диференційної оцінки станів зниженої працездатності медичних працівників (використовуючи методику Методика діагностики мотивації до успіху Т. Елерса) має такі результати: виявлено, що найбільше балів було за показником «внутрішня мотивація» у всіх медичних працівників, яка виражається як розуміння корисності їхньої діяльності, бажання вчитися і підвищувати професійні вміння. За результатами опитування, використовуючи класифікацію мотиваційних факторів Ф. Герцебнргера, було виявлено, що саме дискомфортні умови праці та погані міжособистісні стосунки, низька заробітна плата без винагород посилюють зовнішню негативну мотивацію. А також за допомогою Методики диференційної оцінки станів зниженої працездатності (ДОСЗП) за А. Леоновою та С. Величковською (модифікована версія німецького тесту BMSII Пласа і Ріхтера) встановлено, що такі симптоми погіршення психічного стану як монотонія роботи та психічне перенасичення найбільше впливають на зниження працездатності працівника [34, 35].

Таким чином, розвинені комунікативні та організаторські навички медичного працівника визначають можливість до встановлення та підтримки контактів у спілкуванні, прогнозування поведінки пацієнта, проведення лікувального процесу. У той же час невміння вибудувати авторитет перед пацієнтом та його родичами, колегами, що проявляється як відсутність впевненості у власній позиції, без довіри або наявності фамільярності у стосунках, відсутність аргументованості власних поглядів, субординації, користування добротою колегами на власне благо (наприклад, підмінити

на чергуванні чи зробити за них виписки пацієнтам) прямо веде до редукції власних зусиль та деперсоналізації, що є симптомами синдрому вигорання. Також формування особистості молодого медичного працівника чи профдеформації досвідченого пов'язано із його мотивацією проявляти власний творчий потенціал, підвищувати професійну підготовку. Натомість за низького прояву або взагалі відсутності зовнішніх та внутрішніх позитивних мотивів, породжується відчується напруги, що треба «терпіти» такі умови роботи, злості, агресивності, що є предиктором виснаження. І якщо вчасно не змінити його, то результатом тривалого перебування, окрім професійних стресових обставинах – порятунок та збереження здоров'я і життя пацієнта, у обстановці робочих (організаційних), вигорання є неминучим. Отже, відсутність вміння вибудовувати здорову комунікацію та зниження мотивації до успіху спричинює емоційний дискомфорт, згодом втому, деперсоналізацію та знецінення власних професійних вмінь – і в результаті синдром вигорання.

Висновки до 1 розділу

У цьому розділі був здійснений теоретичний огляд і аналіз робіт зарубіжних і вітчизняних психологів, праці яких присвячено дослідженню синдрому вигорання як порушенню ціннісної і смислової сфери особистості, комунікативних і організаторських схильностей як можливість якісного обміну інформацією, мотивації до успіху як спонуки до досягнення бажаного, окремих особистісних рис як предикторів синдрому вигорання.

Відповідно до історичного розвитку дослідження вигорання виокремлено три етапи: 1-й пов'язаний із ототожненням з поняттям стресу або його наслідком, що розвивається трьохфазно (Г. Сельє): фаза шоку, фаза опору та фаза виснаження. Проте наукові погляди подальшого пізнання феномену не були однозначними, тому описували його з двох точок зору: результативного і процесуального (2-й етап). Відповідно пояснювали як психологічний стан внаслідок інтенсивно тривалої емоційної взаємодії, що проявляється як знемога та виснаження (Х.Дж.

Фрейденбергер), а саме емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція персональних досягнень (К. Маслач) або деструктивний процес зміни професійної поведінки як відповідь на стресові чинники середовища на роботі (К. Черніс), зниження робочої продуктивності та активності (Е. Перлман, Б. Хартман), проходячи такі етапи, як падіння мотивації, переживання через несприятливу робочу обстановку й застосування неефективних копінг-стратегій (Т. Кокс, А. Гріффітс), загалом як процес краху елюзій та вичерпування енергії (Е. Еделвіч, А. Бродський), ерозії цінностей, настрою й волі (К. Маслач, М. Ляйтер). Е. Мехер навів ознаки вигорання на фізичному рівні як психосоматика, а саме загальне погіршення здоров'я, та психологічному. На сьогодні на сучасному 3-му етапі враховано екзистенційні аспекти: як наслідок життєвих криз через перетворення змісту своєї свідомості суб'єктом (Е. Фром, А. Маслоу, К. Роджерс), і є наслідком тривалого робочого стресу без успішного подолання (МКХ-11).

Дослідження встановили, що робочими факторами ризику вигорання є спілкування із великою кількістю пацієнтів, обслуговуюча форма роботи, ймовірність конфліктних ситуацій; психологічними - надмірна агресивність і дратівливість, інтроверсія, низька соціальна активність, занижена самооцінка та самоповага, слабка «Я-концепція», трудоголізм, фрустрованість тощо. і т.д, Медсестри також потерпають частіше в силу інтенсивної дії соціодемографічних та професійних чинників. Визначено, що доречною формою спілкування є та, що заснована на авторитеті лікаря, який формується завдяки комунікативним та організаторським схильностям. Вони тісно пов'язані із таким особистісними характеристиками як упевненість у своїй позиції, відповідальність за лікування, вміння аргументувати його погляди, а також розсудливість як розв'язання конфліктів без їх загострень. Відповідно до професійних акцентуйованих рис виділено педантичний, демонстративний та емотивний типи медиків.

Ефективність роботи медичного працівника та ризик вигорання також залежить від його професійної мотивації (соціальна, психологічна, кар'єрна, освітня і т.д), як

поєднання зовнішніх та внутрішніх спонук і заохочень для досягнення певної мети на шляху до успіху.

Таким чином, нами було поставлено мету виявити взаємозв'язок рівня комунікативних та організаторських схильностей, мотивації до успіху та окремих особистісних рис із рівнем вигорання медиків задля поширення результатів та інформування щодо актуальних тенденцій розвитку цього феномену, що в подальшому дозволить як психологам, так і медичним працівникам бути проактивними й вчасно проводити профілактичні заходи й консультування.

РОЗДІЛ 2

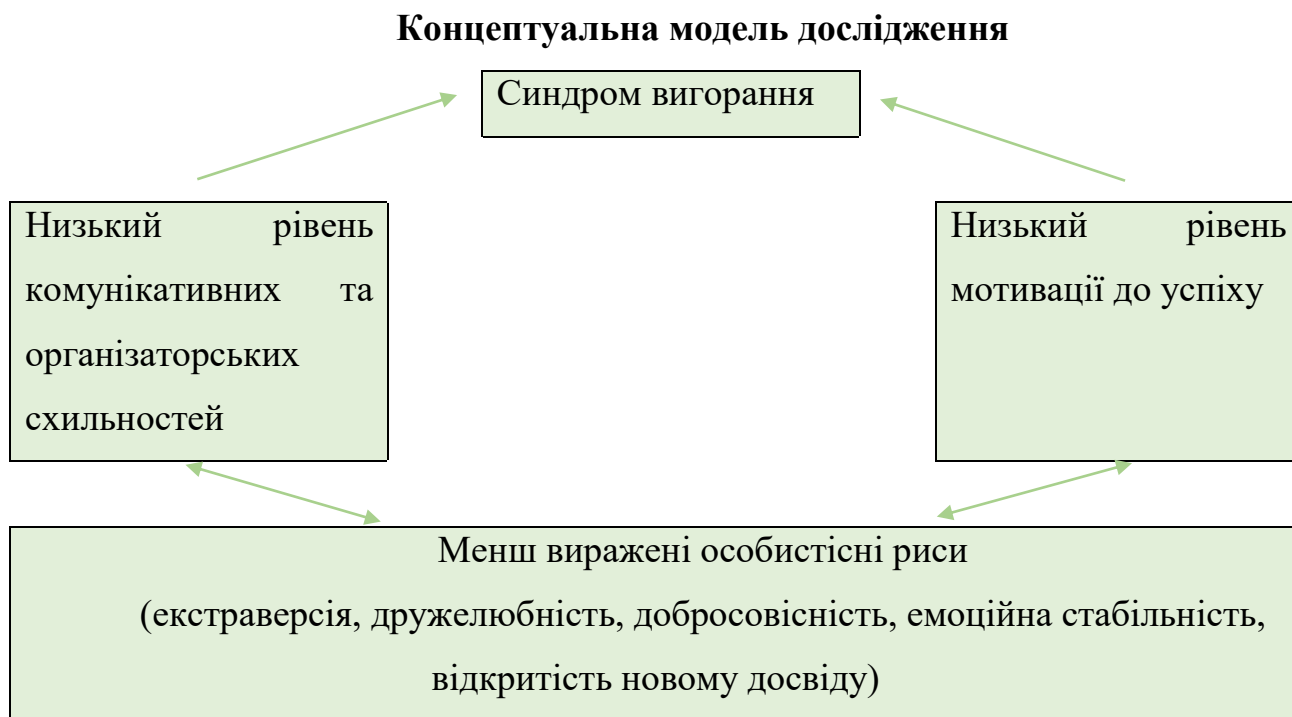
ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

У цьому розділі наведено моделі дослідження (концептуальну та операціональну), використані методологічні принципи та методи математико-статистичного аналізу результатів дослідження, обґрунтовано застосовані методики.

2.1 Концептуальна та операціональна моделі дослідження

Провівши теоретичний аналіз взаємозв'язку вигорання та комунікативних і організаторських схильностей, мотивації професійної діяльності, окремих особистісних рис, розроблено концептуальну та операціональну моделі дослідження.

Рисунок 2.1.1.



Таблиця 2.1.1

Операціональна модель дослідження

Явище, яке досліджується	Методика дослідження	Шкали
1. Емоційне вигорання	Опитувальник MBI-HSS	Емоційне виснаження

	(MP) (Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey for Medical Personnel) (в українській адаптації С. Дарієвської, Т. Степурко, А. Бойко)	Деперсоналізація Редукція особистісних досягнень
2. Комунікативні та організаторські схильності	Діагностика комунікативних і організаторських схильностей (КОС-2) (Б.О. Федоришин)	Комунікативні схильності Організаторські схильності
3. Мотивація до успіху	Методика діагностики мотивації до успіху Т. Елерса	Чим вища сума балів, тим більша мотивація до успіху.
4. Глибинні психологічні риси	Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR) (в українській адаптації М. Кліманської, І. Галецької)	Екстраверсія Дружелюбність Добросовісність Емоційна стабільність Відкритість новому досвіду

2.2. Методологія та методи емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження є встановити характер зв'язку комунікативних і організаторських схильностей, мотивації професійної діяльності, таких особистісних рис як екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду з вигоранням.

Методологічні принципи дослідження:

- *науковості*, що проявляється як сприяння чіткості визначення проблематики дослідження, процедурі розробки рішень, узагальненню, достовірній інтерпретації отриманих результатів та підведення підсумків;
- *об'єктивності* – забезпечення думки однозначності та надійності результатів дослідження, а також при фіксації та налізу даних – неупереджену позицію експериментатора щодо них;
- *детермінізму* – представляє причинну обумовленість, яка обумовлює вивчення явища, проте лише після того як встановлені причини такого прояву;
- *єдності психіки та діяльності* – гарантує демонстрацію закономірностей внутрішніх процесів психіки через зовнішній їх прояв поведінки або у результатах діяльності, а також демонструє як впливає діяльність (як умови і безпосередньо засіб) на розвиток психіки;
- *системності* – надає підґрунтя для трактування явищ психіки як прояв її цілісної організації завдяки внутрішньо взаємопов'язаним компонентам;
- *розвитку* – забезпечує грамотне розуміння психічної діяльності завдяки усвідомленню її безперервних змін через постійний вплив соціально-особистісних чинників [28].

У процесі дослідження був застосований психодіагностичний метод - тестування, як інструмент виміру рівня розвитку тої чи іншої якості та отримання суб'єктної інформації досліджуваного (його/її думок, поведінки, почуттів, цінностей, оцінки під час робочого процесу, мотивів та ставлення до професійної діяльності). Цей метод був застосований опосередковано (письмова форма – письмові обрані відповіді серед запропонованих на тестових бланках). Увесь психодіагностичний інструментарій – стандартизовані опитувальники, які дозволяють чітко представити досліджувану проблему. Вибір даного методу як збору інформації – тестування – обґрунтовується наступними його перевагами:

- прямота відповідей респондентів;
- простота (миттєвість та безперешкодність у розуміння та обробці);

- доступність (безпосередня можливість відповідей на питання, доступність для розуміння твердження та питань) [19].

Під час обробки отриманих результатів проведеного емпіричного дослідження було застосовано такі методи математичко-статистичного аналізу:

1. Методи описової статистики:

- Середнє значення – використовується для позначення у ряді даних середнього арифметичного значення внаслідок складання разом всіх значень у розподілі і потім поділу на спостережувану кількість. Є стабільнішим за моду та медіану, тому що вони й роблять безпосередньо свій внесок у його значення.
- Медіана – демонструє середину ряду, який вже є впорядкованим (тобто просто ділить навпіл). Перевага даного методу – варто застосовувати у випадку, якщо екстремальні значення чинять вплив на середнє (проте на медіану не впливають), і також – для підрахунку її не потрібні знати всі значення розподілу. Але наступними кроками не можна роботи алгебраїчних обчислень із значеннями, яких нема в розподілі.
- Стандартне відхилення представляє «розкид» або далечінь значень від середнього у системі даних. Вимірюється у аналогічних одиницях, що й змінні в розподілі.
- Міра розсіювання – відображають чисельність величини варіації (мінливість) ознаки і рівень представлення цим значенням даної сукупності. Тобто як сильно групувані (схожі) чи розташовані одне від одного значення.
- Максимальне і мінімальне значення – це найбільше і найменше значення вимірювань (змінних) у вибірці. Дозволяють якісніше зрозуміти особливості досліджуваних.
- Гістограма як засіб відображення розсіювання значень – метод представлення форми розподілу кількісних значень у вибірці.

2. Кореляційний аналіз – метод статистичного аналізу, який застосовується з метою виявити зв'язок та його напрям досліджуваних явищ: дослідити наявність

залежності однієї змінної від іншої. Кореляції властиві: сила (визначається числом) і напрям (позитивний (якщо одна змінна зростає або спадає, то інша діє аналогічно) та негативний (змінні рухаються протилежно – якщо одна змінна росте, то інша спадає). Письмово виражається як коефіцієнт кореляції і демонструє силу зв'язку між двома значеннями і є в діапазоні «-1.0» - «1.0», де 1 – показник абсолютної прямої (позитивну), а «-1» абсолютної зворотної (непрямої) кореляції. При цьому кореляційний аналіз не досліджує і не відображає вплив однієї змінної на іншу, а лише є чи нема взаємозв'язок. Відповідно завдання даного методу – вимір ступеню зв'язаності (силу, тісноту, строгість, інтенсивність); відбір факторів, які найбільше впливають на ознаку результату, спираючись на ступінь зв'язаності між ними (вагомні фактори згодом застосовуються в регресійному аналізі); вияв невідомих причин зв'язків.

- Коефіцієнт кореляції r -Спірмена – непараметричний тип кореляційного коефіцієнта, що відображає міру зв'язку між факторами, тобто рангами (рядами кількісних значень (бальні оцінки), що отримали, ранжованих відповідно до їх порядку зростання чи спадання). Завдяки даному коефіцієнту можна визначити зв'язок як для числових значень, так і без числового вираження, у відображенні чіткого порядку прямування цих величин. Доцільно використовувати у випадках необхідності отримати приблизні дані, проте не варто, якщо зв'язок є між менше чотирьох чи більше двадцяти пар. Властивості коефіцієнта кореляції r -Спірмена наступні: при 1 наявний строгий прямий зв'язок, а при -1 – зворотній. При цьому кількість досліджуваних змінних X і Y має бути рівною.
3. U -критерій Манна-Уїтні – статистичний непараметричний критерій, завдяки якому оцінюється різниця малих вибірок за рівнем якісно вимірної будь-якої ознаки. Чим нижче є значення за цим критерієм, ти вірогідніша достовірність відмінностей одного значення у вибірках. У 1945 році був розроблений Френком Уїлкоксоном, але у 1947 році суттєво вдосконалений Манном Г.Б. та Уїтні Д. Р. Обмеженнями у застосуванні критерію є наступне: кожна вибірка має мати

більше трьох значень параметру; не має бути збігів значень (усі різні числа) або дуже мало [11].

2.3 Процедура дослідження та обґрунтування психодіагностичного інструментарію

Підготовчий етап дослідження був проведений наступним чином: здійснений аналіз наукових видань щодо теми та проблеми, обґрунтована актуальність дослідження, встановлений об'єкт і предмет, визначено мету та завдання, висунуто гіпотезу і дібраний інструментарій для психодіагностики.

Проведення емпіричного дослідження відбувалося такими стадіями:

1. Визначення рівня вигорання завдяки опитувальнику MBI-HSS (MP) (в українській адаптації С. Дарієвської, Т. Степурко, А. Бойко).
2. Встановлення рівня комунікативних та організаторських схильностей за опитувальником «Діагностика комунікативних і організаторських схильностей (КОС-2) (Б.О. Федоришин)».
3. Вираження мотивації до успіху за допомогою Методики діагностики мотивації до успіху Т. Елерса.
4. Прояв глибинних психологічних рис завдяки короткому п'ятифакторному опитувальнику особистості TIPI (TIPI-UKR) (в українській адаптації М. Кліманської, І. Галецької).
5. Здійснення обробки, аналізування та інтерпретування отриманих результатів дослідження.

Для реалізації мети дослідження використаний нижче описаний психодіагностичний інструментарій.

З метою визначати рівень вигорання медичних працівників вчені з Америки К. Маслач і С. Джексон у 1981 році розробили опитувальник MBI-HSS (MP). На сьогодні існує його українська адаптація та валідизація, авторами якого є С. Дарієвська, Т. Степурко, А. Бойко (2022). Основою опитувальника – відповідно

діагностичними шкалами – є їхня теорія вигорання (1976), за якою це явище має такі прояви: емоційне вигорання (перенапруження, роздратування або байдуже ставлення і т.д.); деперсоналізація (відсторонення від себе, формальні або цинічні стосунки з іншими і т.д.); редукція особистісних досягнень (знецінення власної праці, невіра у власні сили, уникнення складних задач і т.д.). Згідно з українською апробацією опитувальник містить 21 твердження про почуття, переживання, думки, можливу поведінку, що стосується роботи і колег. Відповідно о інструкції респонденти мають оцінити всі твердження відносно себе за шкалою Лайкерта: «ніколи», «дуже рідко», «рідко», «іноді», «часто», «дуже часто», «щодня», а під час обробки отриманих результатів відповіді оцінюються наступним чином: від 0 балів «ніколи» до 6 балів «щодня» (Додаток А) [46].

Методика «Діагностики комунікативних і організаторських схильностей (КОС-2)», автором якої є Б.О. Федоришин, має на меті вивчення у дорослих вміння створювати ділові або товариські стосунки, наявність та силу бажання розширювати їх, вміння впливати на інших та проявляти ініціативу, адже ці схильності є стрижнем міжособистісної взаємодії та важливим фактором для досягнення успіху у сфері професій «людина-людина». Аббревіатура методики представляє варіант тесту тому що КОС-1 є психодіагностичним інструментарієм для підлітків (1980, В. Синявський, Б. Федоришин). Вона представлена тестом та її основою є принцип відображення та оцінки (самоаналіз) досліджуваним певних особливостей власної поведінки у різних наведених ситуаціях, які є досить життєвими та подібними до досвіду більшості людей. Опитувальник містить 40 питань, 20-ть з яких спрямовані на вивчення комунікативних схильностей, а 20-ть – організаційних. За інструкцією досліджувані мають вільно висловлювати власну думку щодо кожного з тверджень, а у «Бланку відповідей» ставити «+», якщо згодні чи описана ситуація близька, а «-», якщо не згодні чи ситуація не відповідає їхньому типу поведінки. Під час виконання тесту важливо відповідати швидко, уявляти типову ситуацію і не витратити багато часу на роздуми і не замислюватися над деталями. Отримані результати досліджуваного співставляються

із «Ключем» та підраховується кількість таких відповідей, а остаточний бал – «оціночний коефіцієнт» виражається відношенням кількості співпалих відповідей та максимального числа збігів – 20: $K=m/20$ або $K=0,05m$, де K – «оціночний коефіцієнт», m - кількість співпалих відповідей з «Ключем» (Додаток Б) [10].

Методика діагностики мотивації до успіху була розроблена Т. Елерсом з метою дослідження прагнення людини якісно виконувати діяльність, покращувати результати та самовдосконалюватися. Автором було встановлено: тісний зв'язок мотивації до успіху із досягненням високих показників професійної ефективності фахівця, а фахівці із високим рівнем мотивації мають такі риси: захопленість роботою, прагнення до покращення і виправлення помилок, потреба у винаході нового, готовність приймати та надавати допомогу іншим та інше. Згідно з інструкцією досліджуваний має відповісти на 41 твердження, оцінивши кожне відповідно до себе (своїх когніцій, емоцій та почуттів, поведінки і т.д.), відповідями «Так» чи «Ні». Важливо пам'ятати, що правильність відповідей не оцінюється, давати відповідь слід швидко, довго не задумуючись. При обробці результатів досліднику слід співставити їх із «Ключем», а потім підсумувати. Кількісні результати за даною методикою наступні: 1-10 балів – низька мотивація до успіху; 11-16 балів – середня; 17-20 – висока; вище 21 балу – надто висока, що є ризиком до самокритичності та перфекціонізму. Відповідно Т. Елерсом було встановлено, що чим вище (сильніше) мотивація особи до успіху, тим нижче (слабкіше) готовність до ризику (Додаток В) [14].

С. Гослінгом, П. Рентру, В. Свонном (2003 рік) був розроблений «Короткий п'ятифакторний опитувальник (TIPI – Ten Item Personal Inventory)» як коротка версія методики «Велика п'ятірка» Р. МакКрає та П. Коста (1983-1985). Даний тест має на меті виявити і виміряти «п'ять фундаментальних вимірів особистості: екстарверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність, відкритість новому досвіду». Саме ці риси автори вважають універсальними і надкультурними, найзагальнішими особистісними характеристиками. Адаптація оригіналу до української популяції здійснена М. Кліманською та І. Галецькою у 2021 році і складається з 10 тверджень, які

досліджуваний за інструкцією має оцінити відносно себе, використовуючи такі варіанти відповідей: «абсолютно не згоден», «не згоден», «швидше не згоден», «важко сказати», «швидше згоден», «згоден», «абсолютно згоден». Оброблячи результати, дослідник має оцінити кожну відповідь від 1 балу («абсолютно не згоден») до 7 («абсолютно згоден»). Остаточний результат досліджуваний є таким: чим вище бал за кожною зі шкал, ти дана риса притаманніша особистості (тобто таким рівнем акцентуїована) (Додтаок Г) [12].

Висновки до 2 розділу

У розділі представлено концептуальну та операціональну моделі дослідження, застосовану методологію, а саме дослідження проводилося за принципами науковості, об'єктивності, детермінізму, єдності психіки та діяльності, системності, розвитку), психодіагностичний інструментарій (його опис та аргументацію застосування) з метою встановити психологічні чинники розвитку синдрому вигорання медиків, особливо зв'язок комунікаційних та організаторських схильностей, мотивації до успіху та особистісних рис:

- Опитувальник MBI-HSS (MP) в українській адаптації С. Дарієвської, Т. Степурко, А. Бойко, який має на меті визначити рівень вигорання у медичних працівників за такими критеріями: емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистісних досягнень.
- Методика «Діагностика комунікативних і організаторських схильностей (КОС-2)» Б.О. Федоришина спрямована на вивчення у дорослих їхніх вмінь будувати комунікацію та подальші стосунки, наявність та рівень бажання їх розширювати, здатність впливати на інших, бути ініціативним та інше, що відображає основні фактори міжособистісної взаємодії.
- Методика діагностики мотивації до успіху Т. Елерса досліджує спрямованість особи на якісну виконання роботи та прагнення покращувати результати.

- Вивчення глибинних психологічних рис за допомогою Короткого п'ятифакторного опитувальника особистості TIPI (TIPI-UKR) в українській адаптації Кліманської М. та Галецької І., який вимірює рівень прояву таких рис, як відкритість новому досвіду, дружелюбність, емоційна стабільність, добросовісність, екстраверсія.

Описано методи математико-статистичного аналізу, завдяки яким здійснено обробку отриманих результатів дослідження: методи описової статистики (середнє значення, медіана, стандартне відхилення); кореляційний аналіз, який дозволяє виявити зв'язок і його напрям між явищами, що досліджуються, а саме непараметричного коефіцієнта кореляції r -Спірмена; U -критерій Манна-Уїтні.

Також описано вибірку та процедуру дослідження, яка складалася із таких етапів: підготовчого: проаналізовано літературу щодо досліджуваної проблеми, визначено структурні елементи, та дослідницького: застосовані вище загадані методики та здійснена обробка, аналіз методами математичної статистики і інтерпретовані отримані результати.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОРЕЛЯТИВ

ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Цей розділ демонструє опис та графічні ілюстрації результатів математико-статистичного аналізу проведеного дослідження. Наведено пояснення прояву досліджуваних явищ у респондентів, а також виявлених статистично значущих кореляційних зв'язків у групі лікарів та медичних сестер.

3.1. Особливості прояву вигорання, комунікативних та організаторських схильностей, мотивації до успіху та особистісних рис у медичних працівників

Унаслідок математико-статистичного аналізу вибірки та прояву досліджуваних характеристик у респондентів виявлено наступні особливості.

Таблиця 3.1.1

Інформація про розподіл за віком

	Вік
N	54
Середнє значення	37.9
Медіана	39.0
Стандартне відхилення	9.69
Мінімум	21
Максимум	55

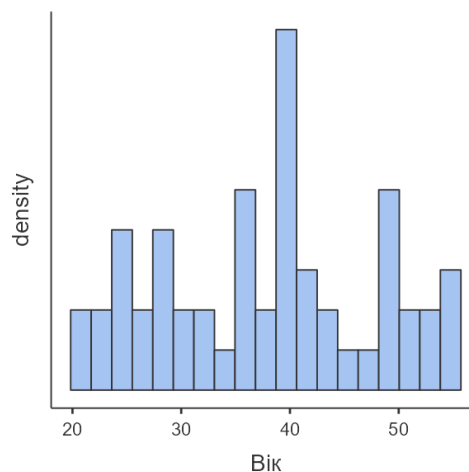


Рисунок 3.1.2. Графічний розподіл респондентів у вибірці за віком

У дослідженні психологічних корелятивів емоційного вигорання взяли участь 54 особи. Встановлено, що середній вік учасників становить 37,9 років (медіана дорівнює 39 років), з відхиленнями $\pm 9,69$ років. Відповідно наймолодший учасник був віком 21 рік, а найстарший – 55 років (Таблиця 3.1.1, Рисунок 3.1.2).

За статтю (жіноча та чоловіча) вибірка розподілилася так: 66,7% досліджуваних були жінки (36 осіб) та 33,3% - чоловіки (18 осіб). Відповідно до посади 53,7% (29 осіб) респондентів становили лікарі (чоловіки та жінки) та 46,3% (25 осіб) медичні сестри (Таблиця 3.1.3).

Таблиця 3.1.3

Таблиця частот за статтю

Ваша стать:	Counts	% of Total	Cumulative %
Жіноча	36	66.7 %	66.7 %
Чоловіча	18	33.3 %	100.0 %

За результатами математичного аналізу описові статистики для вибірки демонструють середні значення та варіативність досліджуваних психологічних характеристики серед респондентів (Таблиця 3.1.4).

Для змінної «Емоційне виснаження» середнє значення становить 23.9, стандартне відхилення, що представляє віддаленість значень від середнього – 6.91, що відповідають середньому рівню емоційного виснаження за нормами. Медіана, яка демонструє середину розподілу у впорядкованому ряді, становить 24.0, мінімальне значення – 9, а максимальне 39, що вказують на досить широкі межі розкиду оцінок у вибірці. При цьому 48.1% (26 осіб) учасників мають високий рівень за даною шкалою, що проявляється як яскраве відчуття перенапруги, байдужої емоційної реакції до подій та оточення, постійне відчуття спустошення, відсутність ентузіазму та інше; 38.9% (21 особа) – середній та 13.0% (7 осіб) – низький.

За шкалою «Деперсоналізація» результати аналізу є наступними: середнє значення становить 11.2, стандартне відхилення – 3.39, медіана – 11.0 та мінімум

значень – 5, а максимум – 9, що вказують на незначні межі розкиду відповідей у вибірці. До того ж встановлено, що 53.7% (29 осіб) респондентів мають високий рівень цього показника, що свідчить про відповідний у них рівень прояву цинічного, зверхнього та бездушного ставлення до пацієнтів, нестриманості та частими спалахами роздратування; 44.4% (24 особи) – середній та 1.9% (1 особа) – низький.

Результати аналізу даних за показником «Редукція особистісних досягнень» вказують, що середнє значення становить 35.3, стандартне відхилення 5.42, медіана 34.5, мінімальне значення – 24, а максимальне – 50, що вказують на досить широкі межі розкиду варіативності у відповідях респондентів. Визначено, що 22.2% (12 осіб) вибірки мають високий рівень прояву за цією шкалою, що проявляється як відчуження від професійних обов'язків через оцінку власної некомпетентності, знецінення власних досягнень, низьку професійну самооцінку та інше; 40.7% (22 особи) – середній та 37.0% (20 осіб) – низький.

За шкалою «Комунікативні схильності» середнє значення становить 0.536, стандартне відхилення 0.226, що свідчить про низький рівень прояву цього значення; медіана 0.550, а мінімум значень – 0.0500 та максимум – 0.900, що вказують на незначні межі варіативності відповідей респондентів. Встановлено, що 14.8% (8 осіб) досліджуваних мають дуже високий рівень за даної шкалою, що свідчить про швидку орієнтацію у наданні відповідей, сміливе виловлювання власної думки, легкість формулювання та доступність у вираженнях; 18.5% (10 осіб) – високий, 11.1% (6 осіб) – вище за середній, 14.8% (8 осіб) – середній, низький - 40.7% (22 особи).

За показником «Організаторські схильності» середнє значення становить 0.640, стандартне відхилення 0.159, що також вказують на низький рівень прояву даного значення; медіана становить 0.650, мінімум значень – 0.250, максимум – 0.900, що свідчать про близькі межі значення у цій змінній. Визначено, що дуже високий рівень прояву за цим показником мають 13.0% (7 осіб), що свідчить про швидку орієнтацію та вміння створити умови і рішення проблем, здатність швидко

оцінити та організувати комфортну атмосферу і для себе, і для інших та інше; високий 16.7% (9 осіб), середній 7.4% (4 особи), нижче за середній 37.0% (20 осіб), низький 25.9% (14 осіб).

За шкалою «Мотивація до успіху» середнє значення становить 19.8, стандартне відхилення – 3.56, медіана – 20.0, а значення варіюються від 12 (мінімум) та 26 (максимум). Визначено, що дуже високий рівень прояву за цією шкалою мають 40.7% (22 особи), що свідчить про ризик надмірної самокритичності до власних можливостей, хвилювання та страху зазнати невдачі. Та високий також 40.7% (22 особи), що проявляється як схильність орієнтуватися на власні сили, проявляти психологічну гнучкість та адаптивність, наполегливо досягати мети. 18.5% (10 осіб) мають середній рівень прояву ознаки, що свідчить про відсутність великого страху ризику, не мають сильних упереджень, адже можлива невдача їх не надто хвилює.

Результати дослідження прояву особистісних рис є наступними. За змінною «Екстраверсія» середнє значення становить 8.04, а стандартне відхилення 2.30, медіана 8.04, а найменше значення – 3 та найбільше 13 щодо вимірювання змінної у вибірці, що демонструє досить широкий діапазон прояву цієї риси серед учасників дослідження, як от схильність соціально взаємодіяти, активність, переживання позитивних та негативних емоцій та інше. Середнє значення за шкалою «Дружелюбність» становить 11.0, стандартне відхилення 1.95, що має тенденцію до середнього рівня; медіана – 11.0, а мінімум і максимум значень становлять 5 та 14 відповідно, що проявляється як чуйності, товариськості, зацікавленості щодо інших. За показником «Добросовісність» значення є дещо подібними: середнє значення становить 10.4, а стандартне відхилення 2.07; медіана – 11.0, а мінімум і максимум значень – 5 і 13, що вказує на мотивацію та наполегливість ставлення при досягненні мети, рівень відповідальності, організованості та схильності до перфекціонізму. Показник «Емоційна стабільність» має такі рівні прояву ознак: середнє значення становить 7.85, а стандартне відхилення - 2.43, медіана - 7.00 та

мінімум значення - 3 та максимум – 13. А «Відкритість новому досвіду»: середнє значення - 8.52, стандартне відхилення 1.44, медіана - 8.00, мінімум – 6 та максимум – 11. Крайні два демонструють значну варіативність, що має тенденцію вказувати на відмінності у сприйнятті стресу (емоційна адаптація, врівноваженість та здатність до саморегуляції) та гнучкість у професійних умовах (пізнавальна цікавість, толерантність (терпимість до відсутності власних знань) до нового, незалежність суджень).

Таблиця 3.1.4

**Описові статистики шкал емоційного виснаження,
комунікативних і організаторських схильностей, мотивації професійної
діяльності та окремих особистісних рис**

	Середнє значення	Медіана	Мінімальне значення	Максимальне значення	Стандартне відхилення	Шапіро-Вілкі (W)	Шапіро-Вілкі (p)
№	54	54	54	54	54	54	54
Емоційне виснаження	23.9	24.0	9	39	6.91	0.986	0.783
Деперсоналізація	11.2	11.0	5	19	3.39	0.970	0.184
Редукція особистісних досягнень	35.3	34.5	24	50	5.42	0.973	0.253
Комунікативні схильності	0.536	0.550	0.050	0.900	0.226	0.960	0.067
Організаторські схильності	0.640	0.650	0.250	26	0.159	0.952	0.030
Мотивація до успіху	19.8	20.0	12	13	3.56	0.961	0.073
Екстраверсія	8.04	7.00	3	13	2.30	0.934	0.005
Дружелюбність	11.0	11.0	5	14	1.95	0.933	0.005
Добросовісність	10.4	11.0	5	13	2.07	0.888	<.001
Емоційна стабільність	7.85	7.00	3	13	2.43	0.952	0.029
Відкритість новому досвіду	8.52	8.00	6	11	1.44	0.929	0.003

Графічний розподіл респондентів у вибірці за досліджуваними змінними представлено у Додатку Е.

У лікарів (обсяг вибірки – 29 осіб) середній рівень за шкалою «Емоційного виснаження» становить 25.3, на що вказує отримане середнє значення (при цьому медіана – 25.0, а стандартне відхилення 5.88, стандартна похибка 1.09). У групі досліджуваних медичних сестер середній рівень за шкалою «Емоційне виснаження» становить 22.3 (обсяг вибірки – 25 осіб), при цьому медіана становить 22.0, стандартне відхилення 7.76, стандартна похибка 1.55. Хоч середній рівень шкали «Емоційне виснаження» є вищим, ця різниця не є статистично значущою (Таблиця 3.1.5).

Таблиця 3.1.5

Описові статистики значень

Group Descriptives						
	Group		Mean	Median	SD	SE
Емоційне виснаження	Лікар/лікарка	29	25.3	25.0	5.88	1.09
	Медична сестра	25	22.3	22.0	7.76	1.55

Провівши аналіз результатів дослідження за тестом Шапіро-Уїлкі, встановлено, що при показнику $p > 0.05$ такі змінні як «Емоційне виснаження» ($p = 0.783$), «Деперсоналізація» ($p = 0.184$), «Редукція особистісних досягнень» ($p = 0.253$), «Комунікативні схильності» ($p = 0.067$), «Мотивація до успіху» ($p = 0.073$) мають нормальний розподіл. Натомість у показниках «Організаторські схильності» ($p = 0.030$), «Екстраверсія» ($p = 0.005$), «Дружелюбність» ($p = 0.005$), «Добросовісність» ($< .001$), «Емоційна стабільність» ($p = 0.029$), «Відкритість новому досвіду» ($p = 0.003$) були виявленні значні відхилення від нормального розподілу ($p < .05$), що вказує на наступне: прояв цих рис матиме специфічні відмінності серед респондентів.

Таблиця 3.1.6

Результати тесту за U-критерієм Манна-Уїтні для порівняння груп за рівнем емоційного виснаження

Independent Samples T-Test						
		Statistic	p			Effect Size
Емоційне виснаження	Mann-Whitney U	274	0.124	Rank biserial correlation		0.246

Note. μ Лікар/лікарка \neq μ Медична сестра

З метою оцінки різниці в рівнях емоційного виснаження між лікарями та медичними сестрами використано U-критерій Манна-Уїтні для незалежних вибірок із

ненормальним розподілом. Відповідно до отриманих результатів статистичне значення становить $t(52)=274$ з рівнем значущості $p=0.124$, що свідчить про відсутність статистично значущої різниці між двома групами ($p>0.05$). Встановлено, що середня різниця між групами становить 2.99 із стандартною похибкою 1.86. Розмір ефекту $d=0.246$, що означає «ефект слабкий» (Таблиця 3.1.6).

3.2 Психологічні кореляти вигорання лікарів та медичних сестер

За допомогою математичної статистики, а саме програми The jamovi project (Version 2.3) та застосованого кореляційного аналізу за критерієм r-Спірмена було отримано такі результати проведеного дослідження за двома групами – лікарі та медичні сестри.

Таблиця 3.2.1

Значущість кореляції

Кореляція	негативна	позитивна
Майже нема/відсутня	-0.09 до 0.0	0.0 до 0.09
Низька*	-0.3 до -0.1	0.1 до 0.3
Середня**	-0.5 до -0.3	0.3 до 0.5
Висока***	-1.0 до -0.5	0.5 до 1.0

У вибірці лікарів виявлено наступні статистично значущі кореляційні зв'язки (r) при $p<0.01$ компонентів синдрому вигорання із застосування коефіцієнта кореляції r-Спірмена (Таблиця 3.2.2).

Між шкалами «Емоційне виснаження» та «Деперсоналізація» спостерігається позитивна кореляція ($r=0.551$), яка свідчить про те, що підвищення рівня емоційного виснаження, яке проявляється як відчуття емоційної перенапруги, «застяганням» на певних незначних робочих моментах, відсутність ініціативи та прагнення до роботи, вираження негативізму, втратою почуття гумору та інше, супроводжується збільшенням деперсоналізації, як от реакція на пацієнтів та колег безчуттєво, цинізм, знецінювання та зверхність у ставленні, грубість у висловлюваннях, формальності стосунків і т.д.

Шкала «Емоційне виснаження» негативно корелює із «Комунікативні схильності» ($r=-0.493$), що проявляється як зниження комунікативних проявів та навичок, а саме особа проявляє розгубленість у новій компанії, їй важко вербалізувати свою думку, домовитися про вирішення певного питання, зініціювати або продовжити діалог, зі зростанням відчуття або стану емоційного виснаження.

Таблиця 3.2.2

Кореляційна матриця за групою лікарів

	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція особистісних досягнень	Комунікативні схильності	Організаторські схильності	Мотивація до успіху
Емоційне виснаження				-0.493**		
Деперсоналізація	0.551**					
Редукція особистісних досягнень	-0.384*			0.548**		
Комунікативні схильності					0.495**	
Екстраверсія				0.470*	0.479**	
Емоційна стабільність				0.469*		
	Екстраверсія	Дружелюбність	Добросовісність	Емоційна стабільність	Відкритість новому досвіду	
Емоційне виснаження				-0.488**		
Деперсоналізація						
Редукція особистісних досягнень						
Відкритість новому досвіду			0.471**			

Примітка: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$.

Повна кореляційна матриця наведена у Додаток Є.

Шкала «Емоційне виснаження» негативно корелює зі шкалою «Редукція особистісних досягнень» ($r=-0.384$), що свідчить про те, що зі зростання відчуття емоційної напруги, браку ресурсу, зменшується самоцінність власної роботи.

Шкала «Редукція особистісних досягнень» має позитивний зв'язок із «Комунікативними схильностями» ($r=0.548$), що проявляється так: зі збільшенням відчуття некомпетентності та невдач у роботі, знеціненням власних досягнень, зняттям із себе відповідальності, невірою та невпевненості у власних силах зростають комунікативні навички, що проявляється як активна взаємодія з колегами, швидка орієнтація у висловлюваннях, розширення коло знайомств як спосіб отримати допомогу від оточення, навчитися того, що невідомо чи у чому є невпевненість.

Також шкала «Емоційне виснаження» має негативну кореляцію із «Емоційною стабільністю» ($r=-0.488$). Тобто зі зменшенням емоційної стабільності, підвищується емоційне виснаження, що проявляється як низька здатність емоційної адаптації до нових умов, подолання стресу, важко вдається самопідтримка та –заспокоєння, постійне відчуття напруги, тривоги, страху, невпевненості у собі та здатності впливати на розвиток подій.

Шкала «Екстраверсія» позитивно та майже однаково корелює із «Комунікативні схильності» та «Організаторські схильності» відповідно $r=0.470$ та $r=0.479$, що свідчить про те, що збільшенню прояву екстраверсії (особа є більш відкритою до соціальних контактів, є активною, оптимістичною, товариською, балакучою) сприяють вміння проявляти ініціативу у розмові, доступно викладати власну думку, створювати нові знайомства, організувати конструктивну розмову.

Шкала «Комунікативні схильності» позитивно корелює із «Емоційною стабільністю» ($r=0.469$), що особи, які здатні краще контролювати свій емоційний стан, є стресостійкими, емоційно адаптивні до нових умов, мають вищі комунікативні здатності та вміння.

Виявлений позитивний взаємозв'язок між шкалами «Комунікативні схильності» та «Організаторські схильності» ($r=0.495$), що проявляється так: зі зростанням навичок встановлювати нові контакти, відстоювати власну думку, широко висловлювати її, зростає вміння домовлятися з іншими, створювати відкриту та щирю атмосферу для всіх учасників, налагодити довірливі стосунки із співрозмовником.

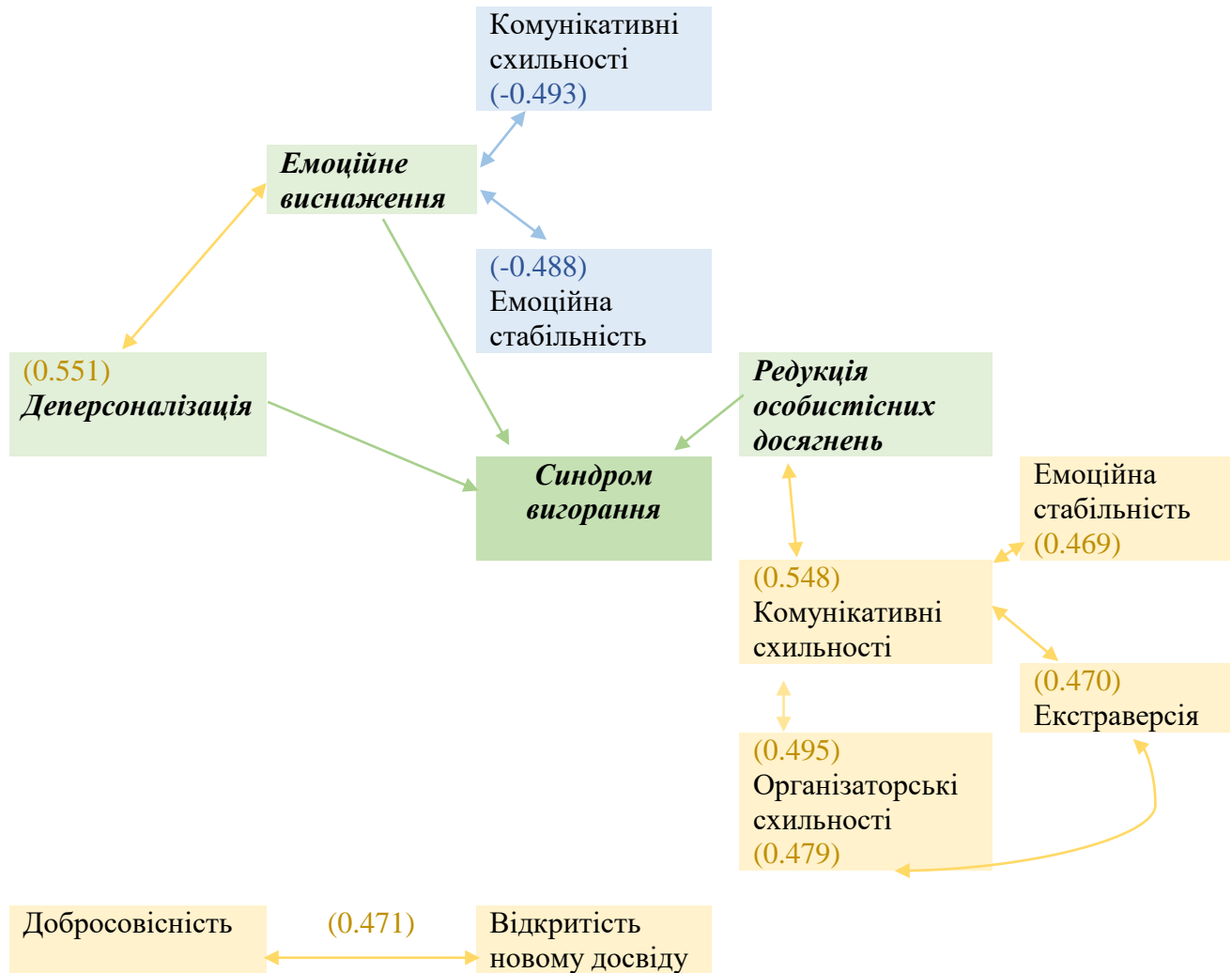


Рисунок 3.2.3. Візуалізація кореляційної матриці синдрому вигорання лікарів

Також встановлено, що шкала «Відкритість новому досвіду» позитивно корелює зі шкалою «Добросовісність» ($r=0.471$), що свідчить про те, що особи, які проявляють інтерес до нового, толерантні до процесу навчання нового, позитивно оцінюють своє

життя, то є більш добросовісними, що проявляється як вмотивованість у роботі до кращого результату, наполегливі та цілеспрямовані, якісні і старанні.

У вибірці **медичних сестер** встановлено наступні статистично значущі кореляції компонентів СЕВ та інших досліджуваних змінних у змінних з нормальним розподілом із застосуванням t-критерій Стьюдента (Таблиця 3.2.5).

Шкала «Емоційне виснаження» також позитивно корелює із «Деперсоналізацією» ($r=0.702$) як і вибірці лікарів, що свідчить про те, що зі збільшенням втоми, збільшується прояв агресивної, цинічної, відстороненої поведінки.

Проте виявлено, що шкала «Деперсоналізація» негативно корелює із «Редукцією особистісних досягнень» ($r=-0.711$), що проявляється так: при зростанні агресивності, зверхності, нетактовності, формальності у стосунках з іншими, зменшується відчуття невпевненості у власних силах і можливостях, особа більше цінує власні ресурси і знання, активніше працює.

Шкали «Емоційне виснаження» та «Деперсоналізація» мають негативні кореляції із «Комунікативні схильності» ($r=-0.497$) та ($r=-0.398$) відповідно, що свідчить про те, що чим більше особа відчуває фізичну та емоційну втому, тим грубішою вона стає у розмовах з іншими, проявляє нетактовність у висловлюваннях, стає мовчазною, її висловлювання є малоінформаивними.

Шкала «Редукція особистісних досягнень» має позитивну кореляцію із «Комунікативні схильності» ($r=0.527$), що означає: чим більше особа стає малоговірливою, їй важко будувати розмови, висловлювати свою думку, тим більше вона знецінює власні професійні досягнення, вміння, передає відповідальність за важливі справи іншим.

Шкала «Емоційне виснаження» має негативні кореляції із такими змінними «Організаторські схильності» ($r=-0.482$), «Екстраверсія» ($r=-0.408$) та «Емоційна стабільність» ($r=-0.486$). Тобто це означає, що чим менше особа відчуває емоційну напругу, має більше бажання працювати, проявляти ініціативу, швидше «переключається» між справами, енергійніша, тим краще вона встановлює

комунікативні зв'язки з оточенням, може організувати різнопланові бесіди, встановлювати довірливі стосунки із пацієнтами, є відкритою до нових знайомств, бачить більше можливостей і оптимізм у різних ситуаціях, говірлива, а також є емоційно гнучкою та адаптивною, здатна до самостабілізації та –підтримки.

Таблиця 3.2.4

Кореляційна матриця за групою медичних сестер

	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція особистісних досягнень	Комунікативні схильності	Організаторські схильності	Мотивація до успіху
Емоційне виснаження				0.497*	-0.482*	
Деперсоналізація	0.702***			-0.398*		
Редукція особистісних досягнень	-0.655***	-0.711***		0.527**	0.454*	
Комунікативні схильності					0.734***	
	Екстраверсія	Дружелюбність	Добросовісність	Емоційна стабільність	Відкритість новому досвіду	
Емоційне виснаження	-0.408*			0.486*		
Деперсоналізація	-0.618**					
Редукція особистісних досягнень	0.486*			0.803***		
Комунікативні схильності	0.568**			0.533**	0.519**	
Добросовісність		0.672***				
Організаторські схильності				0.461*	0.417*	
Екстраверсія				0.419*		

Примітка: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Повна кореляційна матриця наведена у Додаток Ж.

Також встановлено, що шкала «Деперсоналізація» має негативні статистично значущі кореляції із «Екстраверсією» ($r=-0.618$), що проявляється так: зі збільшенням прояву некоректних висловлювань, прямолінійністю, нестримністю, знеособленням і формалізацією стосунків, особа стає менш говірливою, більше відстороненою, сором'язливою, песимістичною, неініціативною у розмові.

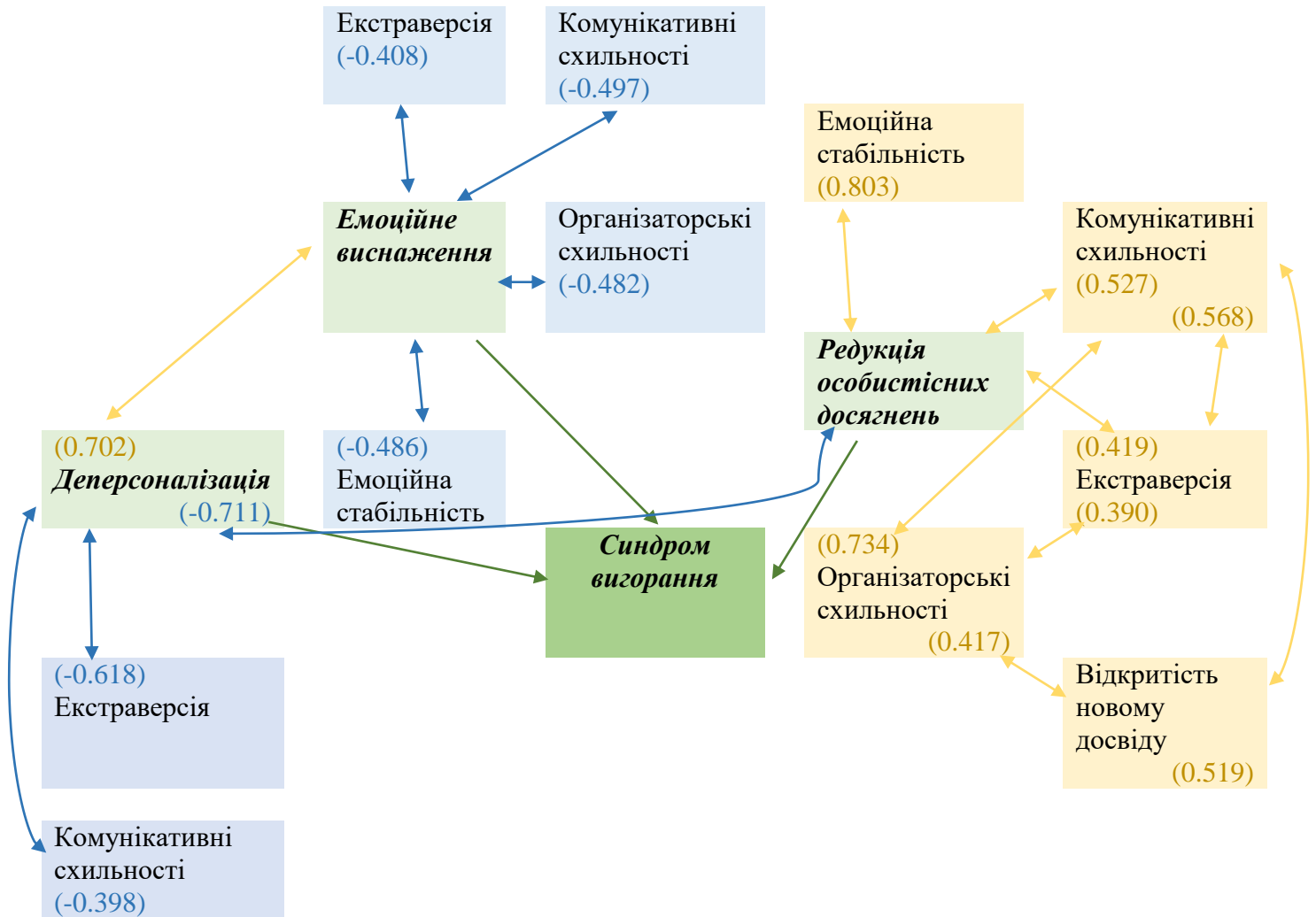


Рисунок 3.2.5. Візуалізація кореляційної матриці синдрому вигорання медичних сестер

Шкала «Редукція особистісних досягнень» має позитивні кореляції із такими змінними як «Емоційна стабільність» ($r=0.803$), «Комунікативні схильності» ($r=0.527$), «Екстраверсія» ($r=0.486$). Це свідчить про те, що зі зменшенням особистісної цінності власних досягнень, вмінь та знань, все частішою передачею відповідальності за лікування пацієнтів іншим лікарям через невпевненість у власних силах, зменшується

здатність встановлювати та розвивати соціальні контакти, бути учасником розмов, а також все більше особа стає відстороненою та уникаючою бесід, відповідей на питання.

Встановлено позитивні кореляційні зв'язки шкал «Комунікативних схильностей» із «Організаторськими схильностями» ($r=0.734$), «Екстраверсією» ($r=0.568$), «Відкритістю новому досвіду» ($r=0.519$), а також «Організаторськими схильностями» та «Екстраверсією» ($r=0.390$), що означає наступне: зі збільшенням прояву ініціативи у розмові, говірливості, сміливості у власних висловлюваннях, зростають здатності особи організувати бесіду, встановити довірливий контакт, вона має бажання пізнавати нове, розширювати власні професійні знання та коло спілкування (мати нових друзів, знайомих), а також зростає щирість, активність, оптимізм у поведінці.

Малюк В.М. дослідив психологічних чинників вигорання медичних працівників під час війни в Україні, застосовуючи Опитувальник вигорання К. Масlach, Методика дослідження соціально-психологічної адаптації (САП) та Багатовимірну шкалу перфекціонізму. За отриманими результатами встановлено: 50% медичних працівників мають за шкалою «Емоційне виснаження» середній рівень та 30% опитаних – високий рівень, та 20% - низький. За показником «Деперсоналізація» 65%, а за «Редукція особистісних досягнень» 60% осіб мають середній рівень прояву. Відповідно за обрахованим індексом вигорання 70% опитаних певною мірою мають виражені прояви. За проведеним кореляційним аналізом виявлено сильні статистично значущі зв'язки між ступенем вигорання та рівнем перфекціонізму, що свідчить про постійну необхідність коректно приймати складні рішення у критичних обставинах під час війни та загостреним почуттям провини і сорому від їх невиконання (фізична нездатність через брак обладнання, забезпечення, часу і т.д.). Проте між шкалами емоційного вигорання та рівнем соціально-психологічної адаптації, а саме шкалою «Неприйняття інших», встановлені слабкі позитивні зв'язки, що проявляється як зростання рівня емоційного вигорання зі зростанням відсутності взаєморозуміння з оточенням. Проте зі шкалами «Адаптивність», «Прийняття себе», «Домінування», «Емоційний

дискомфорт» виявлені негативні зв'язки, тобто низька здатність до швидкого прилаштування, організації простору та роботи в нових умовах, неадекватна оцінка своїх успіхів та невдач, покірність та невисловлення власних заперечень, постійне відчуття «терпіння» сприяють швидкій втомлюваності, емоційному спустошенню, тобто є предикторами вигорання медичного працівника [22].

Результати описаного вище дослідження є показовим, адже досліджуванні нами психологічні кореляти, на наш погляд, мають закономірності із вище переліченими: комунікативні та організаторські схильності, відкритість новому досвіду, екстраверсія є невід'ємними складовими соціально-психологічної адаптації, а саме сприяють її здоровому протіканню: завдяки ініціативі у спілкуванні, здатності створити умови розмови та довірливий контакт, бажанні отримати нові знання і навички особа швидше і легше задовольняє власні потреби; мотивація до успіху реалізовується завдяки вибору домінувати і реалізовувати заплановане або підпорядкуватися і внести корективи для покращення здійснення бажаного; індивідуальні риси, такі як екстраверсія, дружелюбність, добросовісність проявляються завдяки здатності оцінювати й приймати себе й оточення реально, відповідно діяти і організовувати робочий процес (розуміти на кого можна розраховувати, знати свої слабкі і сильні сторони і т.д.). Тому результати роботи Малюка В.М. для нас є сприятливими у дослідженні взаємозв'язку вигорання медиків з іншими, але закономірними особистісними характеристиками.

Отже, за отриманими результатами дослідження психологічних корелятивів, а саме комунікативних та організаторських схильностей, мотивації до успіху, особистісних рис (екстраверсія, відкритість новому досвіду, емоційна стабільність, дружелюбність, добросовісність), вигорання медичних працівників визначено, що ризиком у лікарів є збільшення емоційного виснаження при збільшенні агресивної поведінки, некоректних висловлюваннях, цинічному ставленні до пацієнтів, зменшенні здатності встановлювати контакти та будувати конструктивні розмови, проявляти ініціативу в бесідах, створювати довірливі стосунки, контролювати прояв власних емоцій та бути емоційно гнучким. До того ж при збільшенні знецінення особистісних професійних

вмінь, як компонент синдрому вигорання, лікар чи лікарка вдається до частіших соціальних контактів, організації обговорень, є морально стабільнішим/ою та відкритим/ою до інших (щира у прояві почуттів).

Натомість синдром вигорання у медичних сестер може проявлятися так: рівень емоційного виснаження буде зростати, якщо частішатиме груба, агресивна поведінка, нетактовність висловлювань, знецінення інших при зменшенні спілкування з оточенням, меншою товариськістю, збільшенням відстороненості, емоційною нестабільністю (тривожністю, полохливістю, частою зміною настрою). При цьому чим більше представники молодшого персоналу знецінюють інших, цинічно та зневажливо ставляться до них, тим більше вони впевнені у власній правоті, знаннях і вміннях.

Висновки до розділу 3

У цьому розділі наведено аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних корелятів синдрому вигорання медичних працівників.

У дослідженні взяли участь 54 медики, з яких 29 лікарів та 25 медичних сестер, віком від 21 до 55 років.

За проведеним математико-статистичним аналізом встановлено, що є змінні з нормальним і ненормальним розподілом, а також не виявлено статистично значущої різниці у рівнях емоційного виснаження між лікарями та медичними сестрами.

У результаті кореляційного аналізу у вибірці лікарів виявлено наступні статистично значущі зв'язки. Шкали «Емоційне виснаження» та «Комунікативні схильності» і «Емоційна стабільність» - середні негативні, що вказує на те, що зі зростанням відчуття емоційної спустошеності, байдужості, знижується говірливість, ініціативність у розмові та самоконтроль і самопідтримка. Також виявлено, що змінна «Редукція особистісних досягнень» має позитивну високу кореляцію із «Комунікативними схильностями», що означає, що зі зростанням невпевненості та знеціненні власних вмінь і досягнень, збільшується прояв вмінь організувати бесіду, встановити контакт та зробити його довірливим, ефективним. Також встановлено

середньої сили позитивні зв'язки між показниками «Комунікативні схильності» та «Емоційна стабільність», «Екстраверсія», «Організаторські схильності», які у свою чергу відповідно пов'язані із «Екстраверсією», «Добросовісність» із «Відкритістю новому досвіду», що свідчить про те, що зі зростанням ініціативності, щирості під час комунікації, також збільшується прояв самоконтролю, бажання бути причетним до спільноти, а також підвищується рівень порядності у виконанні роботи із прагненням до розширення професійних знань та кругозору.

Кореляційний аналіз вибірки медичних сестер виявив наступні статистично значущі взаємозв'язки. Змінна «Деперсоналізація» має негативну слабку кореляцію із «Комунікативними схильностями» та сильну із «Екстраверсією», тобто зі зростанням прояву неповаги та знеособлення інших, зменшується розуміння під час комунікації та особистісна щирість і відкритість. Також шкала «Емоційне виснаження» має негативні середньої сили кореляції із «Комунікативними схильностями», «Організаторськими схильностями», «Екстраверсією» та «Емоційною стабільністю», що свідчить про наступне: зі зростанням психо-емоційної втоми, знижується якість спілкування, енергійність, активність, можливість самостабілізації. Змінна «Редукція особистісних досягнень» має сильні позитивні кореляції із «Емоційною стабільністю» та «Комунікативними схильностями» і середньої сили позитивну із «Екстраверсією», що означає: зі зростанням невпевненості у власних вміннях, збільшується саморегуляція емоцій, здатність вести діалог та активність, бажання взаємодіяти. Визначено, що між шкалами «Комунікативні схильності», «Екстраверсія», «Відкритість новому досвіду», «Організаторські схильності» є позитивні сильні зв'язки, а між «Організаторськими схильностями» та «Екстраверсією», «Відкритістю новому досвіду» - середні.

Проте не виявлено статистично значущих кореляцій жодної із шкал з «Мотивація до успіху», відповідно даний показник не має вагомого зв'язку із розвитком синдрому вигорання.

Таким чином, висунута гіпотеза частково підтверджена, адже корелятами складових вигорання медичних працівників, а саме лікарів є комунікативні схильності

та риса - емоційна стабільність, а медичних сестер – комунікативні та організаторські схильності, риси - екстраверсія, емоційна стабільність.

ВИСНОВКИ

1. За проведеним теоретичним аналізом зарубіжних та вітчизняних пояснень і моделей синдрому вигорання та його психологічних корелятивів, виявлено, що феномен «вигорання» досліджувався поетапно: на першому його ототожнювали із поняттям «стрес», а конкретніше – із «стресом спілкування» та його впливом на організм та психіку пофазно: шок, опір, виснаження; на другому етапі утворилися два підходи: один пояснював вигорання як результат стресогенних подій, а саме внаслідок інтенсивних тривалих суб'єкт-суб'єктних взаємодій; другий – як реакції в силу витримування напруги через професійний дискомфорт. Спільність точок зору представників обох підходів полягала у визначенні фізіологічних (тілесний біль, мігрень, безсоння, розлади ШКТ та інше), психологічних (швидке роздратування або постійна байдужість, негативне ставлення до себе та оточення, безвідповідальність, деструкція продуктивності, пониження вмотивованості, руйнування ілюзій і т.д.), поведінкових (малорухливість, відсутність чіткої координації рухів, необережність і т.д.) симптомів цього явища. Третій - сучасні погляди щодо феномену «вигорання» враховують попередні надбання, а також стверджують, що воно відбувається внаслідок особистої кризи життя і має наслідок у формі зміни свідомості: і як поява нових позитивних цінностей та життєвих орієнтирів, а також руйнація самоактуалізації, або - довгострокового робочого стресу з неуспішним копінгом.

Прояв вигорання – у загальному як погіршення професійної ефективності медиків - пов'язаний з різними факторами: зниження вмотивованості щодо досягнення робочого успіху як не реалізація таких мотивів: низька цінність з боку курівництва призначення професії, невиправдані матеріальні винагороди (важливість роботи і її низька оплата), в силу понаднормової роботи з'являється перешкода самовдосконаленню (проходження додаткового навчання, відвідання семінарів і т.д.); постійна комунікація та контроль над тактовними і коректними висловлюваннями створює спочатку фонову напругу, а потім і взагалі призводить до втоми від спілкування – і в результаті до погіршення комунікативних і організаторських

схильностей; продуктивність взаємодії реалізується завдяки таким рисам медичних працівників, як екстраверсії, дружелюбності, добросовісності, емоційній стабільності, відкритості новому досвіду, проте в силу специфіки роботи, вони можуть проявлятися протилежно, що дисбалансиє особу і сприяє швидкій втомлюваності.

Тому дослідження доводять, що невміння медика створити та далі розвивати здорову і довірливу комунікацію, зниження мотивації до досягнення успіху детермінує емоційний дискомфорт, втому, деперсоналізацію та редукцію особистісних досягнень, а згодом - вигорання.

2. За дослідженням прояву синдрому вигорання, особистісних рис, комунікативних і організаторських схильностей, мотивації до успіху медичних працівників виявлено наступне.

Високий рівень емоційного виснаження проявився майже у половині респондентів як інтенсивне відчуття витримування і перенапруги, байдужість, емоційна холодність, швидке роздратування, спустошеність, «застрягання» на робочих дрібницях та інше, дещо у меншій кількості середній і у деякого низький. Високі бали деперсоналізації належить більшій половині досліджуваних, що свідчить про властивість до безособових реакцій на пацієнтів, цинічне, зверхнє, грубе ставлення, прямолінійність і некоректність у висловлюваннях, дещо менше половини учасників отримали середній рівень, а лише один – низький. Редукція особистісних досягнень середнього рівня притаманна найбільшій кількості респондентів, дещо меншій низький рівень і лише декільком високий у формі недооцінювання або зневага до власних вмінь, знань, можливостей, невпевненості у професійних силах і т.д. Значна кількість досліджуваних отримала низький рівень прояву комунікативних схильностей, що виражається як відсутність або часткове прагнення до спілкування, вибір на користь «побути на самоті», певні труднощі у встановленні вербальної взаємодії, і майже однакова кількість інших учасників дуже високий, високий, вище за середній та середній як прояв прагнення до розширення кола знайомств, відстоювання власної думки, ініціативності у розмові та інше. Організаторські схильності на нижче за

середній рівні виявлено у найбільшій кількості респондентів у формі уникнення початку розмов, створити довірливий контакт, атмосферу для подальшої взаємодії, проте на низькому – у дещо меншій кількості і майже однаково у інших на рівні середньому, високому та дуже високому як швидка орієнтація у новому колі спілкування, невимушені фрази, ініціативність і сміливе висловлення власної думки. Дуже високий та високий рівні мотивації до успіху виявлено у однакової кількості (майже всі) учасників як прояв орієнтованості власних дій на досягнення поставлених цілей, бажаного, самокритичність, розрахунок на власні ресурси, наполегливість; і лише десяток осіб отримали середній рівень, що свідчить про відсутність страху перед ризиком, сталих упереджень. За результатами описових статистик визначено, що особистісні риси мають такі прояви серед учасників: екстраверсія – широкий діапазон, як схильність до соціальної активної, щирої і відкритої взаємодії; дружелюбність – широкий у форму товариськості, цікавості до оточення, готовності допомогти та інше; добросовісність – широкий – стараність, чесність і порядність при виконанні будь-яких справ; емоційна стабільність – також широкий, тобто сприйняття стресу і його врегулювання вдається не завжди легко, проявляється надмірна тривога, страх, складнощі у адаптації до нових умов і т.д.; відкритість до нового досвіду - дещо менший діапазон, але досить широкий, що вказує на цікавість і толерантність до нового (терпимість при допущенні та виправленні помилок при навчанні). Також встановлено, що за показником емоційного виснаження між вибірками лікарів та медичними сестрами статистично значущої різниці не має, що свідчить про подібність наявності та переживання витримування втоми, напруги, беземоційності або «сухості» і інтонаційної невиразності при контакті.

3. За допомогою проведеного кореляційного аналізу із застосуванням коефіцієнта кореляції r -Спірмена виявлено наступні статистично значущі взаємозв'язки. У вибірці лікарів досліджено негативні середньої сили зв'язки між емоційним виснаженням та комунікативними схильностями та емоційною стабільністю, що свідчить про: із наростанням емоційного дискомфорту, знижується бажанням та вміння вести розмови

та розвивати їх, а також – самоконтроль, -підтримка та адекватне реагування на події. І виявлено позитивний сильний зв'язок між редукцією особистісних досягнень і комунікативними схильностями, що проявляється як зі зростанням знецінення і невіри у власні знання і професійні сили, зростає інтенція до спілкування, налагодження довірливого контакту, ініціативність у розмові і т.д.

У вибірці медичних сестер встановлено такі взаємозв'язки: негативні середньої сили - між емоційним вигоранням та комунікативними і організаторськими схильностями та рисами екстраверсія і відкритість новому досвіду, що означає: зі зростанням беземоційності і емоційної напруги, зменшуються прояви і здатності комфортно спілкуватися та організовувати розмову, знижується відкритість, активність, ініціативність, здатність до контролю власних емоцій. Виявлено негативні кореляції деперсоналізації між комунікативними схильностями (середньої сили) і екстраверсією (високої), що свідчить про наступне: зі зростанням роздратованості, неввічливості, цинізму до пацієнтів та колег, зменшується щирість, доступність та розуміння при спілкуванні. І встановлено сильні позитивні зв'язки між редукцією особистісних досягнень та комунікативними схильностями, емоційною стабільністю і середні – з екстраверсією, що означає: зі зростанням невпевненості та знеціненні власних професійних зусиль, зростає відкритість у спілкуванні та контроль власних емоцій.

Статистично значущі розбіжності двох вибірок виявилися наступними: у лікарів змінна емоційного виснаження негативно середньо корелює лише із показниками комунікативних схильностей та емоційною стабільністю, а у медичних сестер, окрім вище згаданих, ще з організаторськими схильностями та екстраверсією. Це свідчить про те, що зростання емоційної втоми медичних сестер, окрім зниження ініціативності, інтенсивності і залученості до розмов, здатності самопідтримки та стабілізації, ще пов'язана із зменшенням прояву створювати і підтримувати комфортний контакт та щирість і експресивність у висловлюваннях. Також досліджено, що у медичних сестер, на відмінну від лікарів, окрім позитивного сильного зв'язку значень редукції особистісних досягнень з комунікативними схильностями, ще є із емоційною

стабільністю та середньої сили із екстраверсією. Це означає, що у медичних сестер, також як і у лікарів, зростає знецінення власних професійних вмінь, невпевненість у власних силах із збільшенням залученості та тривалості розмов, а також лише у них – зі зростанням відкритості та здатності контролювати свій стан. І лише у групі медичних сестер виявлені сильні негативні зв'язки між показниками деперсоналізації та екстраверсії і комунікативними схильностями, що свідчить про підвищення грубого та знеособленого ставлення до пацієнтів зі зниженням доброзичливості, активності та говірливості.

Таким чином, гіпотеза про те, що розвиток синдрому вигорання пов'язаний із зменшенням комунікативних і організаторських схильностей, мотивації до успіху, проявом особистісних рис, як екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність, відкритість новому досвіду підтверджена частково, адже за результатами дослідження виявлено, що зростання емоційного вигорання має взаємозв'язок із зниженням комунікативних і організаторських схильностей (повністю підтверджено), вагомого зв'язку із мотивацією до успіху не виявлено (не підтверджено) та лише зменшення прояву таких рис, як екстраверсія, емоційна стабільність пов'язані із вигоранням (частково підтверджено).

Перспективою подальших досліджень є проведення множинного лінійного регресійного аналізу з метою виявити вплив досліджуваних показників та компоненти синдрому вигорання у вибірці лікарів та медичних сестер, а також розроблення практичних рекомендацій та профілактичних засобів з метою передбачення та вчасного зупинення розвитку даного феномену.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2021. Vol. 6. № 2. 14 р.
2. Барковська Т. В. Особливості емоційного вигорання медичних працівників під час війни : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник М. Г. Ткалич. Запоріжжя : ЗНУ, 2022. 81 с. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/10510>
3. Боднар А. Емоційне вигорання як внутрішньо особистісний конфлікт // Матеріали учасника XVIII міжнародної науково-практичної конференції «Конфліктологічна експертиза: теорія та методика». Київ, 2019. С. 8-12.
4. Ващенко І. В., Антонова О. Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання : навч. посіб. Київ : Знання, 1998. 254 с.
5. Галіяш Н. Б., Бількевич Н. А. Формування комунікативної компетентності як фундаментальної складової професії лікаря. *Медична освіта*. 2019. Вип. 2. С. 67-74.
6. Драна Ю. Ю. Динаміка емоційного вигорання медичних працівників приватної клініки до та під час воєнного стану. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра спеціальності «Психологія». Національний авіаційний університет. Київ, 2022. 49 с.
7. Дробнер І. Формування ефективної системи мотивації професійної активності працівників в закладах охорони здоров'я. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет конференція з міжнародною участю. 2020. С. 157-160.
8. Дудяк В. Емоційне вигорання. *Психологічний вісник. Серія «Психологічний інструментарій»*. Київ : Главник, 2007. 126 с.

9. Дякунчак Я. Е. Емоційний інтелект та комунікативні навички як необхідний інструмент у клінічній практиці сімейного лікаря. *Українські медичні вісті*. 2022. Вип. 3. С. 147-147.
10. Збірник психодіагностичних методик для професійно-психологічного відбору кандидатів на військову службу за контрактом у Збройних Силах України : методичний посібник / О. М. Коkun та ін. Київ : Видавничий дім «Освіта України», 2021. 74 с.
11. Карамушка Л. М. Технології роботи організаційних психологів: навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. Освіти. Київ : Фірма «ІНКОС», 2005. 366 с.
12. Кліманська М., Галецька І. Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR). *Психологічний часопис*. Вип. 7. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2021. С. 57–74.
13. Комунікативні навички лікаря: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. та фахівців практ. мед. О.С. Чабан та ін. Київ : Видавець Заславський О.Ю., 2021. 429 с.
14. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Теорія і практика професійного психологічного відбору: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Ніка-центр., 2012. 400 с.
15. Куліш О. В. Сіпко, Л. О. Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2002. Вип. 1. С. 32-36.
16. Кухарська А. Професійна мотивація як чинник самоактуалізації медичних працівників. *Магістерський науковий вісник*. 2013. № 19. С. 173-178.
17. Лаврова М. Г. Теоретичний аналіз сучасних поглядів на поняття «емоційне вигорання». *Вісник Одеського національного університету. Серія « Психологія»*. 2014. №. 2 (32). С. 78-85.

18. Лісова Т. М. Комунікативні навички медичного персоналу як детермінанта професійної діяльності. *Рекомендовано до друку Вченою радою Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2018. 116 с.
19. Льошенко О., Кондратьєва В. Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання». *Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки»*. 2021. Т. 10. С. 105-112.
20. Максименко С., Максименко К., Литвинчук Л., Немеш О. Тенденції та динаміка мотиву діяльності медичного персоналу середньої ланки на різних етапах професійного становлення. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. Психологічне здоров'я*. 2020. Вип. 2. С. 40-60. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/121>
21. Маляр-Газда Н. М. Емоційне вигорання-актуальна проблема медицини сьогодення. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2015. №. 3. С. 27-31.
22. Малюк В. М. Психологічні чинники емоційного вигорання медичних працівників під час війни. Дипломна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра спеціальності «Психологія». Національний авіаційний університет. Київ, 2023. 49 с.
23. Марута Н. О., Чабан О. С. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я. *Міждисциплінарні проблеми*. 2019. Вип. 3. С. 2-7.
24. Матвієнко Л. І. Ціннісно-сміслові орієнтації осіб з різним рівнем емоційного вигорання. *Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія: Психологія*. 2016. № 61. С. 19-23.
25. Міщенко М. С. Особливості синдрому емоційного вигорання. 2013. 15 с. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/415/1/Mischenko_M.C..pdf (дата звернення: 08.03.2024).
26. Мухаровська І. Р. Емоційне вигорання у лікарів-онкологів: джерела професійного стресу та медико-психологічні потреби. *Український вісник*

психоневрології. 2016. Вип. 2. С. 73-78. URL:
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2016_24_2_20

- 27.Павленко В. М., Дроздова А. Р. Особливості прояву синдрому емоційного вигорання у безробітних та у представників професії систем людина-людина та людина-знак. *Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія: Психологія*. 2011. № 46. С. 140-144.
- 28.Проблеми загальної та педагогічної психології: збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПНУ / за ред. С.Д. Максименко. Київ : Гнозис, 2010. Т.12. Ч.6. 431 с.
- 29.П'янківська Л. Професійна мотивація особистості: теоретичний аспект. *Грааль науки*, 2021. № 2–3. С. 532–536.
- 30.Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів. *Економічний вісник Донбасу*. 2020. № 1 (59). С. 123-129.
- 31.Снісар О. Проблеми емоційного вигорання у медичних сестер та шляхи її подолання. *Матеріали конференцій МЦНД*. 2022. С. 283-285. URL: <https://archive.mcnd.org.ua/index.php/conference-proceeding/article/view/188> (дата звернення: 15.11.2024).
- 32.Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Теренда, О. А. Професійне вигорання—одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. Вип. 2. С. 29-33.
- 33.Фоменко К. М. Вивчення мотиваційно-потребової сфери медичних працівників. *Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: літні диспути: тези доп. І Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 1-2 серпня 2019*. Дніпро, 2019. 759 с.
- 34.Чорна В. В. Мотивація і працездатність медичних працівників сфери охорони психічного здоров'я як предиктор їхнього психологічного благополуччя. *Довкілля та здоров'я*. 2020. Вип. 4 (97). С. 53-62.

35. Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації / Чорна В. В. та ін. 2022. URL: <https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/5725> (дата звернення: 1.06.2024).
36. Шкраб'юк В., Білик Д. Емоційне вигорання особистості: психологічний аналіз проблеми. *Молодий вчений*. 2020. №. 10 (86). С. 293-296.
37. Ahola K., Nakane J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of affective disorders*. 2007. № 104 (1-3). P. 103-110.
38. DiMatteo M. R. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health psychology*. 1993. № 12 (2). 93 p.
39. Freudenberger H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. New York, 1974. Vol. 30. P. 159–165.
40. Freudenberger H. J., Richelson G. Burn-out : The high cost of high achievement. *Garden City*. New York : Anchor Press, 1980. 246 p.
41. ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. URL: <https://icd.who.int/en> (дата звернення 04.04.2024).
42. Jones J. W. Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. *Journal of Applied Psychology*. Los Angeles, 1988. №73 (4). 727 p.
43. Khasne R. W., Dhakulkar B. S., Mahajan H. C., Kulkarni A. P. Burnout among healthcare workers during COVID-19 pandemic in India: results of a questionnaire-based survey. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*. 2020. № 24 (8). 664 p.
44. Maslach C. Burnout. *The cost of caring*. New York : Prentice-Hall, 1982. 267 p.
45. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*. New York, 1981. Vol. 2. P. 99-113.
46. Maslach C., Jackson S. Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). California : Consulting Psychologists Press, 1981. 345 p.

47. Maslach C., Jackson, S. Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology*. California : Sage, 1984. P. 135-154.
48. Maslach C., Leiter M. The truth about burnout : how organizations cause personal stress and what to do about it. California : Jossey-Bass, 1997. 76 p.
49. Maslach C., Schaufeli W. Historical and conceptual development of burnout. Professional burnout: recent developments in the theory and research. Washington : Taylor & Francis, 1993. P. 1-16.
50. Melamed S., Shirom A., Toker S., Berliner S., Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological bulletin*. 2006. № 132 (3). 327 p. DOI:10.1037/0033-2909.132.3.327
51. Pappa S., Ntella V., Giannakas T., Giannakoulis V. G., Papoutsis E., Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*. 2020. № 88. P. 901-907.
52. Seleznova V., Pinchuk I., Feldman I., Virchenko V., Wan B., Skokauskas N. The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *International Journal of Mental Health Systems*. 2023. Vol. 17 (1). 28 p.
53. Shanafelt T. D., Balch C. M., Bechamps G., Russell T., Dyrbye L., Satele D., Freischla J. Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of surgery*. 2010. № 251 (6). P. 995-1000.
54. Shanafelt T. D., Bradley K. A., Wipf J. E., Back A. L. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*. 2002. № 136 (5). P. 358-367.
55. West C. P., Huschka M. M., Novotny P. J., Sloan J. A., Kolars J. C., Habermann T. M., Shanafelt, T. D. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *Jama*. 2006. № 296(9). P. 1071-1078.

Анотація: у кваліфікаційній роботі описано результати теоретичного та емпіричного дослідження психологічних корелятів вигорання медичних працівників, а саме характер взаємозв'язку з цим феноменом комунікативних і організаторських схильностей, мотивації до успіху, особистісних рис.

Вигорання розглядається як конструкт, що розвивається фазами як і стрес: має фазу шоку, опору та виснаження, а також як психологічний стан, що має такі симптоми: виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень, або процес, що містить такі прови: негативні зміни продуктивності, зниження мотивації, крах ілюзій, цінностей та настроїв. Специфіка роботи медичних працівників заснована на щоденному тривалому спілкуванні, застосовуючи комунікативні та організаторські схильності задля встановлення, налагодження та вибудовування довірливої й впливової взаємодії, і особистісних рисах, як екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність, відкритість новому досвіду, що сприяють ефективному виконанню професійних обов'язків. А також задоволеність роботою, тривалість якісного її виконання та загалом психо-емоційний стан медиків залежить від рівня їхньої мотивації до успіху як прагнення до досягнення бажаного.

Виявлено статистично значущі кореляційні зв'язки змінних та їхній напрям із кожною складовою синдрому вигорання, а саме із емоційним виснаженням, деперсоналізацією та редукцією особистісних досягнень.

Ключові слова: вигорання, емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистісних досягнень, мотивація до успіху, особистісні риси, кореляції.

Abstract: The qualifying work describes the results of a theoretical and empirical study of the psychological correlates of burnout in healthcare professionals, namely, the nature of the relationship with this phenomenon of communicative and organizational tendencies, motivation for success, and personal traits. The phenomenon of "burnout" is considered as a construct that develops in phases like stress: it has a phase of shock, resistance and exhaustion, as well as a psychological state with the following symptoms:

exhaustion, depersonalization and reduction of personal achievements, or a process that includes the following faults: negative changes in productivity, reduced motivation, collapse of illusions, values and moods. The specifics of the work of healthcare professionals are based on daily long-term communication, using communication and organizational skills to establish, tax and build trusting and influential interaction, and personal traits such as extraversion, friendliness, conscientiousness, emotional stability, openness to new experiences that contribute to the effective performance of professional duties. Also, job satisfaction, the duration of its quality performance, and the overall psycho-emotional state of physicians depend on the level of their motivation to succeed as a desire to achieve the desired.

Statistically significant correlations of the variables and their direction with each component of the burnout syndrome, namely with emotional exhaustion, depersonalization and reduction of personal achievements, have been revealed.

Keywords: burnout, emotional exhaustion, depersonalization, reduction of personal achievement, motivation to succeed, personality traits, correlations.