

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

**Факультет управління персоналу, соціології та психології
Кафедри педагогіки та психології**

Освітньо-професійна програма «Економічна та соціальна психологія»

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 Психологія

Форма навчання: очна (денна)

КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

на тему: **ЧИННИКИ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

здобувачки Єрмоменко Марії Сергіївни _____

Науковий керівник: канд. психол. н., доц. Ольга Ловка _____

**Робота допущена до захисту перед Екзаменаційною комісією (ЕК) з атестації
здобувачів вищої освіти**

Завідувачка кафедри: д.п.н., проф.
Марина АРТЮШИНА _____ (підпис)

Київ 2024

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

**Факультет управління персоналу, соціології та психології
Кафедри педагогіки та психології**

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Економічна та соціальна психологія»

ПОГОДЖЕНО

Керівник проектної групи (гарант)
освітньо-професійної програми

_____ Ліна КОЛЕСНІЧЕНКО
(підпис) (ім'я, прізвище)

«...» _____ 2023 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри педагогіки та
психології

_____ Марина АРТЮШИНА
(підпис) (ім'я, прізвище)

«...» _____ 2023 р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

здобувачці Єрмоменко Марії Сергіївни

денної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної бакалаврської роботи

на тему: «Чинники вигорання медичних працівників»

Тему затверджено наказом ректора Університету від «30» жовтня 2023 р.

№1994-ст

Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах вітчизняних та зарубіжних вчених, статистичних даних, а також Інтернет-джерелах з теми дослідження.

План кваліфікаційної бакалаврської роботи

Розділ 1	Теоретико-методологічні засади дослідження чинників вигорання у медичних працівників
Розділ 2	Емпіричне дослідження чинників вигорання у медичних працівників
Розділ 3	Психологічні рекомендації щодо профілактики розвитку вигорання у медичних працівників
Об'єкт дослідження:	Синдром вигорання як соціально-психологічний феномен
Предмет дослідження:	Чинники вигорання медичних працівників
Мета роботи:	Теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити чинники вигорання медичних працівників, а також розробити практичні рекомендації щодо його профілактики

Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1. Теоретично проаналізувати підходи щодо сутності вигорання особистості.

На основі аналізу розробити теоретичну модель основних чинників вигорання медичних працівників.

У розділі 2 Розробити авторську анкету для отримання додаткової інформації про соціально-демографічні, загальні кваліфікаційно-посадові характеристики, досвід діяльності медичних працівників у професійному середовищі.

Емпірично дослідити прояви синдрому вигорання у медичних працівників та встановити його чинники.

У розділі 3 На основі аналізу та інтерпретації результатів проведеного емпіричного дослідження розробити відповідні психологічні рекомендації щодо профілактики вигорання у медичних працівників.

Завдання підготував

науковий керівник

(підпис)

О.В. Ловка

(ініціали, прізвище)

« ____ » _____ 2023р.

Завдання одержав

здобувач

(підпис)

М.С. Єрьоменко

(ініціали, прізвище)

« ____ » _____ 2023р.

Реферат

Чинники вигорання медичних працівників

Кваліфікаційна бакалаврська робота містить 3 розділи, 67 сторінок, 10 таблиць, 9 рисунків, список використаних джерел з 46 найменувань, 11 додатків.

Об'єктом дослідження є: синдром вигорання як соціально-психологічний феномен.

Предметом дослідження є чинники вигорання медичних працівників.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити чинники вигорання медичних працівників, а також розробити практичні рекомендації щодо його профілактики.

Відповідно до поставленої мети були визначені такі завдання:

1. Теоретично проаналізувати підходи щодо сутності вигорання особистості.
2. На основі аналізу розробити теоретичну модель основних чинників вигорання медичних працівників.
3. Розробити авторську анкету для отримання додаткової інформації про соціально-демографічні, загальні кваліфікаційно-посадові характеристики, досвід діяльності медичних працівників у професійному середовищі.
4. Емпірично дослідити прояви синдрому вигорання у медичних працівників та встановити його чинники.
5. На основі аналізу та інтерпретації результатів проведеного емпіричного дослідження розробити відповідні психологічні рекомендації щодо профілактики вигорання у медичних працівників.

Основні методи дослідження:

теоретичні: аналіз наукової літератури з проблеми дослідження, синтез, узагальнення та систематизація інформації, порівняння даних;

емпіричні: авторська анкета, опитувальник вигорання Шауфелі (Work-related version of the BAT) (розробка – W.B. Schaufeli, 2019, український переклад О. Вельдбрехт); психодіагностична методика «Велика тривимірна шкала перфекціонізму» (авторства М. Сміта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбера, С. Шеррі, адаптований українською Т.В. Грубі, 2018); опитувальник «Шкала досвіду агресивних впливів» (Т. Глобм та Х. Ляо, адаптація українською – С.Д. Максименко, О.М. Кокун, Є.В. Тополов, 2011); опитувальник «Шкала професійної завантаженості» (автори – П. Спектор та С. Джекс, адаптація українською – С.Д. Максименко, О.М. Кокун, Є.В. Тополов, 2012); опитувальник «Баланс «робота – життя» (М. Г. Ткалич, 2015); опитувальник «Тест емоційного інтелекту EQ» (автор – Н. Холл, переклад українською М. Яцюк, 2019);

математико-статистичні: описова статистика, критерії Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Уїлка для встановлення нормальності розподілу даних, кореляційний аналіз Спірмена, лінійна множинна регресія (IBM SPSS Statistics V22).

Основні результати дослідження: розкрито сутність основних підходів щодо вивчення вигорання: концепція вигорання У. Шауфелі (Schaufeli, 2019), «Модель дисбалансу між зусиллями та винагородою» (Siegrist, 1996;2017), «Модель медіації» (Maslach and Leiter, 1997), «Модель компенсації та відновлення індукованого вимогами напруження» (DISC-R, The Demand-Induced Strain Compensation Recovery Model) (De Jonge et al., 2014). На основі теоретичного дослідження чинників вигорання медиків розроблено авторську модель, яка включає три рівні відповідних чинників: інтраособистісний, інтерособистісний, екстраособистісний. На основі авторської анкети визначено суб'єктивні уявлення медиків про можливу роль підвищення оплати праці для посилення привабливості їх роботи і значущість наявності взаємоповаги, взаєморозуміння, доброзичливості у спілкуванні з колегами та пацієнтами. Емпірично встановлено основні чинники вигорання медичних працівників: загальний рівень розвитку емоційного інтелекту та навичок управління своїми емоціями і самомотивації, досвід агресивних впливів у колективі, сумніви у власних діях та перфекціонізм, орієнтований на себе. Запропоновані психологічні рекомендації профілактики вигорання медиків, які наголошують на значенні розвитку емоційного інтелекту, підвищенні самоефективності фахівців, їх комунікативної та конфліктологічної компетентності та зміцненні соціально-психологічного клімату в організації.

Теоретичне та практичне значення отриманих результатів полягають в тому, що представлена теоретична модель чинників вигорання медиків, а також отримані результати емпіричного дослідження можуть бути використані для ідентифікації груп ризику щодо розвитку вигорання і розробки відповідних профілактичних та корекційних заходів.

Рік виконання кваліфікаційної бакалаврської роботи 2024.

Рік захисту роботи 2024.

Ключові слова: вигорання, концепції вигорання, чинники вигорання медичних працівників, перфекціонізм, емоційний інтелект, досвід агресивних впливів

ВІДГУК

про кваліфікаційну бакалаврську роботу
здобувачки факультету Управління персоналом, соціології та психології
освітньо-професійної програми «Економічна та соціальна психологія»

Єрмоєнко Марії Сергіївни

на тему: «**ЧИННИКИ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**»

Бакалаврська робота Марії Сергіївни Єрмоєнко присвячена дуже актуальній і важливій проблемі, адже, в сьогоденних кризових умовах робота медичних працівників є надзвичайно стресовою і може призводити до вигорання. Тому дослідження чинників розвитку цього негативного стану дасть можливість розробити заходи з профілактики та зниження рівня вигорання, що допоможе медичним працівникам покращити своє психологічне здоров'я та підвищить їхню ресурсність.

До позитивних рис кваліфікаційної бакалаврської роботи можна віднести: самостійність роботи, її структурованість, глибину теоретичного вивчення проблематики, орієнтацію авторки на закордонні дослідження, великий обсяг опрацьованих зарубіжних джерел, послідовність аналізу досліджуваного явища, чітке окреслення об'єкту, предмету, мети і завдань дослідження, які, як показують висновки, були повністю вирішені.

Якість роботи можна оцінити на найвищому рівні. У першому розділі ґрунтовно висвітлені теоретичні підходи щодо визначення основних понять дослідження, на основі яких студентка обґрунтувала дуже цікаву комплексну авторську модель чинників вигорання медичних працівників. Тези з обґрунтуванням даної моделі було подано авторкою на студентську конференцію КНЕУ, що також необхідно позитивно відмітити. У другому розділі успішно здійснено емпіричне дослідження, в якому були частково підтверджені дослідницькі гіпотези стосовно чинників вигорання медичних працівників.

У ході дослідження використовувалась сукупність теоретико-методологічних засобів і прийомів пізнання: теоретичних методів, перевіреного та валідного психодіагностичного інструментарію, методів математичної статистики (описова статистика, критерії Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Уїлка для встановлення нормальності розподілу даних, кореляційний аналіз Спірмена, лінійна множинна регресія, IBM SPSS Statistics V22, що вказує на наявність у здобувачки високого рівня розвитку дослідницької компетентності.

Щодо наявності в роботі самостійних розробок автора, можна відзначити власний підхід до бачення поставленої проблеми, розробку авторської моделі чинників вигорання медичних працівників, розроблену програму емпіричного дослідження, ґрунтовний аналіз його результатів, авторську анкету для отримання додаткової інформації про соціально-демографічні, загальні кваліфікаційно-посадові характеристики, досвід діяльності медичних працівників у професійному середовищі.

Цінність теоретичних висновків полягає у теоретично обґрунтованій трирівневій класифікації чинників вигорання медичних працівників, на основі якої подано авторську теоретичну модель.

Студентка під час здійснення кваліфікаційної роботи проявила неабияку послідовність, самостійність, організованість, наполегливість, була у постійному контакті з керівником.

Отримані дані є науково достовірними. *Практична значимість роботи* визначається тим, що отримано нові емпіричні дані про чинники вигорання медичних працівників, що дозволяє враховувати їх в організаційній діяльності керівників медичних закладів, де також можуть стати в нагоді практичні рекомендації авторки з метою профілактики вигорання та підвищення продуктивності медиків.

Особливих зауважень немає. Щодо деяких зауважень, можна відмітити деякі граматичні помилки. Однак, це не знижує загального рівня проведеного дослідження.

Отже, подана до захисту бакалаврська робота М.С. Єрьоменко «Чинники вигорання медичних працівників», у цілому відповідає існуючим вимогам, що ставляться до кваліфікаційних робіт освітнього ступеня «бакалавр» за напрямом «Психологія», може бути рекомендована до захисту в ЕК і заслуговує високої позитивної оцінки (100 балів).

Науковий керівник:

доцент кафедри педагогіки та психології,

кандидат психологічних наук, доцент **Ловка О.В.** _____

(посада, учене звання, науковий ступінь)

(підпис) (прізвище, ініціали)

“14”червня 2023 р.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	8
1.1. Теоретичні аспекти аналізу проблеми вигорання особистості: сутність феномену та основні підходи до його вивчення	8
1.2. Особливості вигорання медичних працівників та чинники його розвитку 17	
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	29
2.1. Програма емпіричного дослідження чинників вигорання у медичних працівників	29
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження	41
Висновки до розділу 2	55
РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	57
ВИСНОВКИ	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62
ДОДАТКИ	3

ВСТУП

Актуальність дослідження. Професійна діяльність є однією з основних сфер життєдіяльності людини, яка відкриває не лише можливості для здобуття засобів для життєзабезпечення в суспільстві, але й для самореалізації та побудови мережі соціальних контактів. Водночас професійне середовище та його виклики можуть призвести до погіршення психічного здоров'я і благополуччя особистості. Проблема професійного вигорання, що є наслідком пролонгованого робочого стресу, з яким працівник не може впоратися, в сьогоденних надзвичайних умовах особливо гостро постає в українському кризовому суспільстві.

Медичні працівники регулярно стикаються зі стресовими умовами праці, особливо в останні роки, які відзначилися кризою пандемії COVID-19 та повномасштабною війною Росії проти України, що спричинило низку негативних наслідків для здоров'я населення і збільшення навантаження на систему охорони здоров'я. Окрім тривалого та інтенсивного робочого графіку, медики нерідко працюють понаднормово, у нічні зміни, без можливості повноцінного відпочинку та відновлення сил. Необхідність взаємодіяти зі значним потоком пацієнтів, особливо тяжкохворих, поєднується з великими емоційними та когнітивними навантаженнями фахівців, такими як необхідність виявляти співчуття і доброзичливість, водночас холоднокрівність, стримуючи та приховуючи свої негативні емоційні стани, а також вміння ефективно працювати в умовах обмеженого часу та інформації, приймаючи обмірковані, обачні, але оперативні рішення. Безумовно, специфіка медичної професії включає широкий спектр стресогенних факторів, котрі обумовлюють ризик розвитку вигорання, яке, своєю чергою, пов'язане з підвищеною ймовірністю лікарських помилок, зниженням рівня залученості працівників і зменшенням емпатії у взаємодії з пацієнтами.

Цей неповний перелік професійних обов'язків медичних працівників висуває особливі вимоги до ресурсного та адаптаційного потенціалу фахівця, особливо під час війни. Розвиток вигорання у медиків несе ризики на індивідуальному рівні, коли виникають порушення в соматичній, когнітивній та емоційно-вольовій сферах, а відповідні негативні зрушення в психічному та фізичному здоров'ї працівника перешкоджають його продуктивності і можуть призвести до збільшення лікарських помилок, зниження якості надання медичної допомоги пацієнтам, низької задоволеності роботою. На організаційному рівні – до більш глобальних наслідків – зниження ефективності системи охорони здоров'я в цілому [22].

Незважаючи на те, що вигорання – це явище, пов'язане з професійним стресом, його чинниками є не лише специфіка трудової діяльності та особливості робочого середовища, але, водночас і сам розвиток вигорання є комплексним процесом, що поєднує в собі переплетення організаційних, позаорганізаційних та індивідуальних чинників, які можуть бути як джерелом стресу, так і ресурсом опору. Вивчення цих чинників є ключовим для виявлення груп ризику серед медичних працівників та розробки ефективних стратегій профілактики синдрому вигорання.

Розвитку теорії вигорання в рамках організаційної та соціальної психології присвятили свої численні наукові праці такі дослідники, як: Герберт Фройденбергер, Майкл П. Ляйтер, Крістіна Маслач, Уільмар Шауфелі, Арнольд Б. Баккер, Євангелія Демеруті, Тадеуш Марек, Йоганнес Зіґріст, Жан Де Жонж, Крістіан Дорманн, Фрідгельм Нахрайнер, Л.М. Карамушка та ін.

Дослідженням вигорання медичних працівників та його чинників займалися: Рікінкумар С. Патель, Колін П. Уест, Шеріл Ратерт, Бернардо Морено-Хіменес, Тейт Шанафельт, Лізелотта Дірбі, Хосе Луїс Гомес Уркіза, Гільєрмо Артуро Каньядас де ла Фуенте, К'яра Далл'Ора, Л.Л. Лотоцька-Голуб, Бегеза Л. та ін.

Попри високий науковий інтерес до феномену вигорання, питання встановлення чинників професійного вигорання медиків залишається відкритим у міжнародній та

українській науковій спільноті з огляду на обмежену кількість емпіричних даних та їх суперечливий характер у різних контекстах.

Об'єкт дослідження: синдром вигорання як соціально-психологічний феномен.

Предмет дослідження: чинники вигорання медичних працівників.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити чинники вигорання медичних працівників, а також розробити практичні рекомендації щодо його профілактики.

Завдання дослідження:

1. Теоретично проаналізувати підходи щодо сутності вигорання особистості.
2. На основі аналізу розробити теоретичну модель основних чинників вигорання медичних працівників.
3. Розробити авторську анкету для отримання додаткової інформації про соціально-демографічні, загальні кваліфікаційно-посадові характеристики, досвід діяльності медичних працівників у професійному середовищі.
4. Емпірично дослідити прояви синдрому вигорання у медичних працівників та встановити його чинники.
5. На основі аналізу та інтерпретації результатів проведеного емпіричного дослідження розробити відповідні психологічні рекомендації щодо профілактики вигорання у медичних працівників.

Методи дослідження:

теоретичні: аналіз наукової літератури з проблеми дослідження, синтез, узагальнення та систематизація інформації, порівняння даних;

емпіричні: психодіагностичне опитування, анкетування за допомогою розробленої авторської анкети.

Комплекс психодіагностичних методик відповідно до мети та завдань дослідження включає такі:

1. «Велика тривимірна шкала перфекціонізму» (авторства М. Сміта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбера, С. Шеррі, адаптований українською Т.В. Грубі, 2018);

2. Опитувальник «Шкала досвіду агресивних впливів» (Т. Глобм та Х. Ляо, адаптація українською – С.Д. Максименко, О.М. Кокун, Є.В. Тополов, 2011);
3. Опитувальник «Баланс «робота – життя» (М. Г. Ткалич, 2015);
4. Опитувальник «Шкала професійної завантаженості» (автори – П. Спектор та С. Джекс, адаптація українською – С.Д. Максименко, О.М. Кокун, Є.В. Тополов, 2012);
5. Опитувальник «Тест емоційного інтелекту EQ» (автор – Н. Холл, переклад українською М. Яцюк, 2019);
6. Опитувальник вигорання Шауфелі (Work-related version of the BAT) (розробка – W.V. Schaufeli , 2019, український переклад О. Вельдбрехт).

Методи математичної статистики (із використанням комп'ютерної програми IBM SPSS Statistics V22):

1. методи описової статистики;
2. критерії Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Уїлка для встановлення нормальності розподілу даних;
3. кореляційний аналіз Спірмена;
4. регресійний аналіз.

Опитування проведено з використанням docs.google.com/forms.

Гіпотези дослідження:

Гіпотеза дослідження №1: існує прямий зв'язок між вигоранням та перфекціонізмом, рівнем робочого навантаження, досвідом агресивних впливів у колективі, рівнем відсутності балансу робочого навантаження.

Гіпотеза дослідження №2: існує зворотній кореляційний зв'язок між вимірами вигорання та емоційним інтелектом, розміром зарплати і професійним стажем.

Гіпотеза дослідження №3: існують кореляційні зв'язки між вигоранням, віком та статтю.

Гіпотеза дослідження №4: чинниками вигорання медичних працівників можуть бути рівень емоційного інтелекту, перфекціонізм, досвід міжособистісної агресії у колективі, особливості робочого навантаження, вік, стать та розмір заробітної плати.

Характеристика вибірки. Вибірка складала 73 особи віком від 24 до 75 років, середній вік у вибірці – 46,6 років, з них 21% (n=15) чоловіків та 79% (n=58) жінок. Більшість респондентів, 58%, є працівниками приватних клінік, 25% працюють в установах охорони здоров'я вторинної ланки, 11% – в установах охорони здоров'я первинної ланки та 6% у установах третинної ланки. За посадою більшість респондентів є лікарями (40 осіб), медсестрами – 13 осіб та завідувачами відділення – 9 осіб.

Теоретична значимість роботи: теоретично обґрунтовано трирівневу класифікацію чинників вигорання медичних працівників, на основі якої подано авторську теоретичну модель.

Практична значимість роботи визначається тим, що отримано нові емпіричні дані про чинники вигорання медичних працівників, що дозволяє враховувати їх в організаційній діяльності керівників медичних закладів, надано практичні рекомендації з метою профілактики вигорання та підвищення продуктивності медиків.

Структура роботи: робота містить вступ, три розділи, висновки, список інформаційних джерел (у кількості 46 найменувань, з яких 40 є зарубіжними), 10 таблиць, 9 рисунків, та 11 додатків.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Теоретичні аспекти аналізу проблеми вигорання особистості: сутність феномену та основні підходи до його вивчення

Синдром вигорання – це індивідуальна реакція на пролонгований робочий стрес, яка розвивається поступово і з часом може приймати хронічний характер, спричиняючи зміни здоров'я на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях, що виражається в негативній поведінці по відношенню до роботи, колег, клієнтів та самої професійної ролі [16]. ВООЗ стверджує, що вигорання є явищем, яке виключно виникає в професійному контексті, і не може поширюватись на інші сфери життя [16]. Очевидно, що працівники, у яких розвивається вигорання, відчувають низку негативних наслідків для свого психічного здоров'я і, водночас, мають значно знижену здатність належним чином виконувати свої обов'язки на роботі, що відображається на погіршенні якості надання трудових послуг. Однак наразі немає узгодженого визначення вигорання, а велика кількість трактувань цього явища ускладнює боротьбу з ним. Розбіжності в розумінні вигорання, механізмів його розвитку та способів вимірювання простежуються у двох протилежних наукових психологічних підходах до його вивчення: клінічному та організаційному [43]. Наприклад, клінічна психологія розглядає вигорання з точки зору біопсихосоціальної моделі, воно, відповідно, охоплює симптоми неврастенії, пов'язаної з роботою, як зазначено в МКХ-10 [43]. Водночас вигорання не визнано хворобою і за ним не закріплено окремого діагнозу, тому досі не існує універсального, загальноприйнятого підходу до визначення специфічних ознак, профілактики та корекції вигорання. Оскільки прояви вигорання в колі клінічних психологів найчастіше прирівнюються до неврастенії, то воно аналогічно характеризується надмірним відчуттям виснаження і підвищеною втомлюваністю, когнітивним дефіцитом і психосоматичними скаргами, підвищеним

рівнем дистресу через вплив психосоціальних стресорів, які повинні бути присутніми щонайменше півроку. Клінічні психологи розглядають індивідуально-психологічні дезадаптаційні чинники вигорання на рівні окремої людини вже не тільки як представника професійної спільноти, і, більше того, не нехтують роллю стресорів і ресурсів позаробочого життя, які або підвищують вразливість до вигорання, або посилюють потенціал опору людини. Організаційні психологи, з іншого боку, вивчають характеристики груп ризику більш узагальнено і менш диференційовано, шукаючи джерела і передумови розвитку вигорання, в першу чергу, в специфіці робочого середовища і його психосоціальних особливостях, а також особливостях взаємодії працівника з ним.

Найбільш популярними та науково-обґрунтованими моделями пояснення вигорання можна вважати: концепцію вигорання У. Шауфелі (Schaufeli, 2019) [36], «Модель дисбалансу між зусиллями та винагородою» (Siegrist, 1996;2017), Модель медіації (Maslach and Leiter, 1997) (друга назва – «The areas of worklife model of burnout»), «Модель компенсації та відновлення індукованого вимогами напруження» (DISC-R, The Demand-Induced Strain Compensation Recovery Model) (De Jonge et al., 2014).

У. Шауфелі пропонує таке визначення вигорання: вигорання – пов'язаний з роботою стан виснаження, що виникає у працівників, який характеризується надзвичайною втомою, зниженням здатності регулювати когнітивні та емоційні процеси, а також психічним дистанціюванням [36]. Також Шауфелі наголошує, що основні чотири виміри вигорання супроводжуються пригніченим настроєм, а також неспецифічними психологічними та психосоматичними симптомами дистресу [36]. Більш детальний опис структурних компонентів вигорання переставлений у Табл.1.1.

Таблиця 1.1.

Виміри вигорання за У. Шауфелі [36]

Виснаження	ступінь переживання нестачі ресурсів та енергії як у фізичному, так і в психічному вимірах, що виражається у труднощах виконання робочих обов'язків через виснаження, швидку втомлюваність і нездатність повноцінно відновити сили в неробочий час, а також у відчутті спустошеності наприкінці робочого дня.
Емоційне відсторонення	Виражається у втраті інтересу, наснаги та залученості до роботи, що супроводжується зростанням опору, почуттям відрази, байдужості та бажанням відсторонитися від роботи, здійснюючи діяльність на «автопілоті». Таким чином, на відміну від «виснаження», що стосується енергетичних аспектів вигорання, ця шкала відображає негативні мотиваційні зрушення, які є прагненням працівника обмежити докладати зусилля до роботи та зменшити свою включеність у неї.
Когнітивні порушення	Відображає зниження когнітивних функцій, зокрема проблеми з концентрацією та стійкістю уваги, із запам'ятовуванням та відтворенням інформації (аспекти операційної пам'яті), а також порушення мисленнєвих процесів, що впливає на прийняття рішень та продуктивне виконання робочих завдань.
Емоційні порушення	Дефіцит фізичних і психічних ресурсів призводить не лише до когнітивних порушень, а й до зниження здатності до самоконтролю та регуляції своїх емоційних реакцій і станів, що може проявлятися у незвичних, нехарактерних для працівника раптових емоційних спалахах, емоційній лабільності або перепадах настрою, емоційній збудливості, відчутті переповненості власними емоціями, підвищеній дратівливості та пригніченості, яким працівник не в змозі надати обґрунтування.
Психологічні скарги	Неспецифічні симптоми психологічного дистресу, що появляються у підвищеній знервованості, тривожності, напруженості, порушеннях сну.

Психосоматичні скарги	Неспецифічні симптоми психосоматичного характеру: біль та напруга у м'язах, прискорене серцебиття та неприємні відчуття у грудях, порушення роботи травної системи, зниження імунітету, головні болі.
-----------------------	---

Концепція вигорання Шауфелі базується як на теоретичних засадах організаційно-психологічного підходу, який передбачає, що джерелом вигорання є дисбаланс між надмірними робочими вимогами, з якими працівник не в змозі адекватно впоратися через нестачу відповідних ресурсів, і боротьба з вигоранням насамперед стосується негативних впливів на ефективність і продуктивність праці, а отже, наслідки для організації.

Але ця концепція також відображає клінічний напрям до розуміння до вигорання, який підкреслює більш особистісно-орієнтований підхід і розглядає вразливість до вигорання з врахуванням позаробочих факторів, а також аналізує наслідки для здоров'я і функціонування людини не лише в контексті її професійної ролі [36].

Хоча Шауфелі здебільшого запозичує умови розвитку вигорання з організаційно-психологічного підходу, але свою структуру вигорання та його симптомів (ознак) вчений розробив на засадах клінічного підходу з урахуванням результатів глибинних інтерв'ю, включивши до структури вигорання такі виміри, як когнітивний дефіцит, емоційні порушення, психологічні та психосоматичні скарги.

Більше того, дотримуючись клінічного підходу у розрізненні рівнів вираженості вигорання, що дозволило б виділити групи ризику, Шауфелі стверджує, що критерії визначення вираженості цього синдрому в діагностичних інструментах повинні опиратися не на дані частотного розподілу балів серед здорової популяції, а на порогові бали, які були б отримані в результаті дослідження вигорання на вибірці з важким вигорянням [35, 36].

Шауфелі описує механізм розвитку вигорання (рис. 1.1.) як поступове погіршення когнітивного та емоційного функціонування через фізичне та психічне виснаження або

неспроможність докладати достатніх зусиль на роботі через нестачу енергії, що запускає процес психічного відсторонення від роботи, коли знижується готовність інвестувати в роботу сили та бути залученим до неї, що саме по собі є неефективною стратегією боротьби з виснаженням, щоб запобігти ще більшій втраті енергії та спробам її відновити. Однак такі негативні мотиваційні зміни у ставленні до роботи призводять до зниження відчуття компетентності, глибшого виснаження, когнітивного та емоційно-регуляторного дефіциту. У довгостроковій перспективі дистрес працівника зростає, виникають неспецифічні психологічні та психосоматичні скарги, а фон настрою працівників з вигоранням знижується подібно до хворих на депресивний розлад.

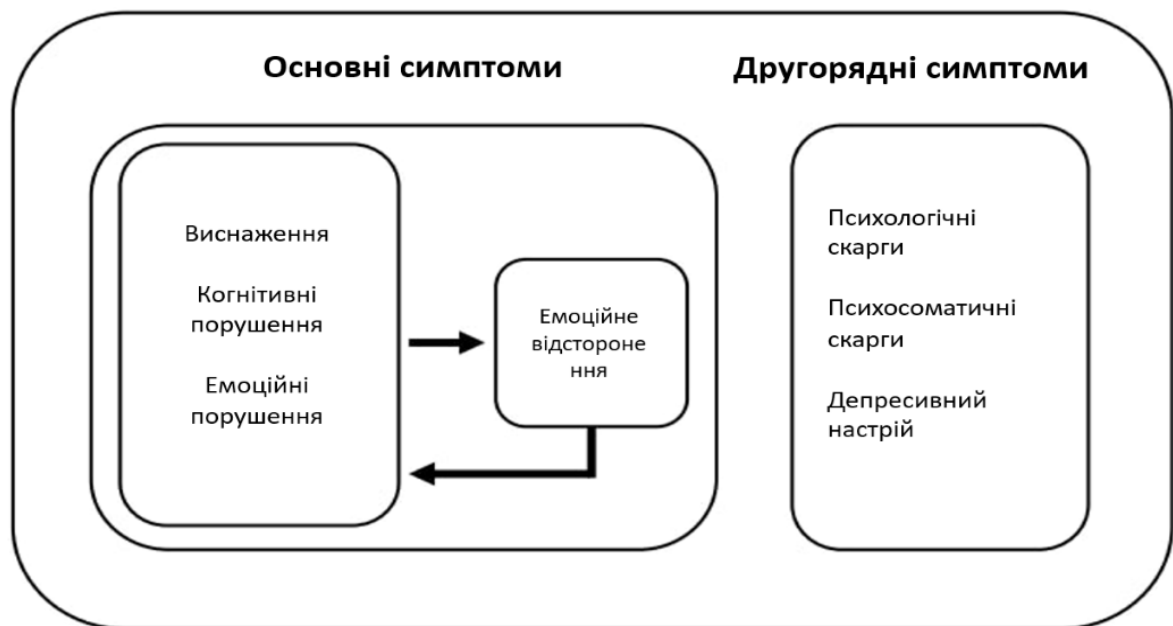


Рис.1.1. Концепція вигорання У. Шауфелі [36]

Іншою моделлю, яка може пояснити феномен вигорання, є DISC model, розроблена de Jong de Jonge та Dormann у 2003 році та розширена ними як DISC-R model у 2012 [15]. Ця модель (рис.1.2) пропонує розглядати вплив робочого стресу на працівника та наслідки (результати) для його здоров'я і продуктивності через

буферизацію, тобто розглядати не просто окремо взяті робочі ресурси, спрямовані на боротьбу з виснажливими і стресовими вимогами роботи, а зосереджуватися на ефективності різних комбінацій робочих ресурсів, які пропорційні і відповідають вимогам роботи.

Модель компенсації та відновлення індукованого вимогами напруження (DISC-R, The Demand-Induced Strain Compensation Recovery Model) (De Jonge et al., 2014)



Рис. 1.2. DISC model, розроблена de Jong de Jonge та Dormann [15]

Загалом, всі робочі вимоги, ресурси, та наслідки для здоров'я вигорання можна аналізувати виходячи з трьох вимірів: когнітивного, емоційного та фізичного, що формує перший принцип цієї моделі – принцип багатовимірності.

Наприклад, у професії медика до когнітивних робочих навантажень можна віднести необхідність приймати зважені, але швидкі рішення, до емоційних – спілкування та взаємодія з хворими; до фізичних – здійснення різних процедур, стоячи протягом довгого часу або це «сидяча робота» за комп'ютером, яка напружує спину та очі тощо. До ресурсів, звідси, можна віднести когнітивні (інформаційне забезпечення з боку колег, керівництва, комп'ютерних систем тощо), емоційні (вираження колегами та керівництвом заохочення, співчуття, емпатії, визнання, їхня готовність до активного та

емпатичного слухання тощо), фізичні (інструментальна підтримка колег та керівництва, необхідне матеріально-технічне забезпечення, ергономічне робоче місце тощо).

Три сфери наслідків (позитивних та негативних) для фізичного і психічного здоров'я та продуктивності медичного працівника відображають, наприклад, зміни у концентрації уваги, здатності до вироблення виважених, оперативних, гнучких, креативних рішень (когнітивна площина), емоційне виснаження, позитивний чи негативний афект, зміна здатності до вираження емпатії (емоційна площина), зміни соматичного характеру у функціонуванні різних систем організму, як от проблеми зі сном, втомлюваність, вегетативні розлади тощо.

Другий принцип моделі DISC-R model – це так званий «принцип потрійного узгодження» («triple match»), згідно з яким «... найсильніші інтерактивні зв'язки між вимогами до роботи та її ресурсами спостерігаються тоді, коли вимоги, ресурси та результати ґрунтуються на якісно ідентичних вимірах». [15] Принцип потрійного узгодження вказує, по-перше, на важливість наявності узгодженості між вимогами та ресурсами (наприклад, емоційна підтримка колег може бути більш ефективним ресурсом для буферизації стресу після зіткнення з агресивними клієнтами, аніж перерва на обід), по-друге, наголошує на необхідності врахування зав'язків між специфічними вимогами та відповідними ним наслідками (досвід зіткнення з агресивними клієнтами скоріше може бути прямим джерелом емоційного виснаження, аніж проблеми з концентрацією уваги) і, по – третє, врахування зв'язків між специфічними ресурсами і наслідками (емоційна підтримка колег може бути більш ефективною для зниження емоційного виснаження внаслідок взаємодії з агресивними пацієнтами, ніж перерва на обід).

Принцип компенсації (або «буферизації стресу») стверджує, що для зменшення ризику (ймовірності) розвитку або мінімізації потенційних негативних наслідків для здоров'я працівника, задля ефективної протидії впливам вимог роботи, необхідно мати

достатні необхідні робочі ресурси, які належатимуть до тієї ж сфери (когнітивної, емоційної чи фізичної), що й вимоги роботи.

Принцип балансування (або «активізації») відображає важливість створення робочого середовища, яке поєднує вимоги, що стимулюють працівника і здатні розкрити його потенціал, пробудити його креативність, але для виконання яких повинні бути достатні ресурси. Іншими словами, якщо робоче середовище передбачає можливість зіткнутися з певними викликами та проблемними ситуаціями, які можна подолати за допомогою наявних на роботі засобів, працівник може вчитися і розвиватися. Ця модель також додає новий елемент до розуміння механізмів розвитку різних розладів, пов'язаних з роботою. Наприклад, автори припускають, що для запобігання негативним наслідкам важливо також повноцінно відновлюватися в неробочий час, достатньо відпочивати, підтримувати ресурсний стан, віддалятися від роботи, мати суб'єктивне відчуття перемикавання на особисте життя.

Теоретичною психосоціальною моделлю вигорання, яка спирається на принцип соціальної реципрокності, є "Модель дисбалансу між зусиллями та винагородою" (Siegrist, 1996;2017) [38,39]. Вона підкреслює, що робоче середовище, яке відрізняється, відчуттям дисбалансу між величиною витрачених зусиль та невідповідною ним низькою винагородою є потенційно стресогенним (за деяких зовнішніх умов і внутрішньообистіних чинників) і в довготривалій перспективі може призводити до негативних наслідків для здоров'я, пов'язаних з дистресом, включаючи як фізичні, так і психічні порушення. Зусилля – це сукупність професійних очікувань та вимог, прописаних в трудовому контракті, а також фізичне та психологічне навантаження, пов'язані з умовами праці, робочим середовищем, які постають перед працівником в обмін на певні винагороди. Типи винагород за зусилля або внесок працівника можна розділити на матеріальні та нематеріальні, наприклад, заробітною платою, премією, бонуси тощо, можливість просування по кар'єрних сходах, стабільне робоче місце, визнання, публічне схвалення, повагу, престиж, підтримку колег та керівництва тощо.

Ситуаційним чинником триваючого дисбалансу зусиль-винагород є нестача або відсутність необхідних професійних компетентостей, освіти, похилий вік, інвалідність, інші обмежувальні особливості стану здоров'я.

Також кризовий характер економіки, технологічний прогрес, високий рівень конкуренції на ринку праці, скорочення штату тощо можуть бути чинниками «примирення» працівника з дисбалансом зусиль і винагород в організації задля збереження трудового місця.

Ще однією умовою підтримання дисбалансу зусиль та винагород є цілеспрямоване, стратегічне докладання робітником додаткових, надмірних зусиль для збільшення своїх шансів на отримання очікуваних в майбутньому винагород, наприклад, більш високої посади.

Внутрішнім же чинником є так зване явище «надмірної прихильності або самовіддачі роботі», яке, у ситуації дисбалансу зусиль та винагород може підвищувати ризик негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я працівника, і яка є особистісною характеристикою, що базується на когнітивних, емоційних і мотиваційних елементах «поведінки типу А», які відображають непомірні амбіції в поєднанні з потребою бути схваленим і визнаним [32, с.1118].

Зрештою, Maslach та Leiter (1997) [25] визначили шість сфер робочого життя, які можуть бути джерелом вигорання і які розглядаються з точки зору оцінки стресогенності / ресурсності організаційного середовища організації [10]. До них вони віднесли: 1) навантаження, яке може бути адекватним можливостям працівників або надмірним; 2) соціальна справедливість з точки зору рівних можливостей для працівників, відсутності дискримінації, а також базування організаційної політики та менеджменту на справедливих, об'єктивних правилах і нормах; 3) контроль – визначається ступенем автономії працівника та його можливістю впливати на своє робоче середовище відповідно до особистих цінностей; 4) спільнота – охоплює особливості міжособистісної взаємодії в організації, групову мораль, культуру спілкування та підтримку з боку керівництва; 5) винагорода – матеріальні та

нематеріальні винагороди, їх пропорційність очікуванням та внеску працівника; б) цінність – відображає ступінь узгодженості між цілями та цінностями працівників і тими, що панують в організації.

1.2. Особливості вигорання медичних працівників та чинники його розвитку

Для того, щоб зрозуміти особливості розвитку вигорання медиків, ми вирішили звернутися до результатів емпіричних досліджень різних науковців.

Наприклад, у результаті узагальнюючих досліджень низки наукових статей за останні роки було встановлено, що ризик розвитку вигорання в лікарів статистично значимо пов'язаний з молодшим віком та початковим етапом кар'єри, тобто зі збільшенням віку та більшою професійною досвідченістю ризик вигорання знижується. Хоча фактор віку залишається суперечливим щодо розвитку вигорання. [1,9,30,44]

Дослідження також показують, що медичні працівники з меншим досвідом роботи більш схильні до розвитку вигорання, оскільки можуть зіткнутися з труднощами опору робочим викликам та вимогам, а також відчувати меншу захищеність щодо збереження робочого місця у порівнянні з більш досвідченими колегами. [23,24]

Дослідження корейських науковців показало, що самоефективність є важливим фактором захисту вигорання, тобто зі зростанням самоефективності вигорання зменшується. Також результати цього дослідження показали, що самоефективність медичних працівників зростає з віком, оскільки з віком підвищується професійна компетентність [14]. Інші дослідження, хоча й нечисленні на сьогоднішній день і переважно проведені в Азійському регіоні, також підтверджують захисну роль самоефективності щодо розвитку вигорання та її зворотний зв'язок з рівнем вигорання у медичних працівників, як медсестер, так і лікарів [8,12,17,40].

З особистісних рис найбільш пов'язаним з ризиком розвитку вигорання є невротизм (емоційна нестабільність) [31,33].

Також з ризиком розвитку вигоранням медичних працівників дослідники пов'язують особистість типу "Д", яка характеризується відповідно пригніченням емоцій, використанням дезадаптивних копінг-стратегій, загальною негативною афективністю, соціальною інгібіцією, яка проявляється у труднощах у встановленні та підтриманні контактів, тенденцією не звертатися за допомогою до оточення, якщо середовище сприймається як стресогенне. Результати дослідження бельгійських науковців серед медичних сестер показують, що фахівці з Д-типом особистості у п'ять разів більше схильні до розвитку вигорання у порівнянні з медсестрами з іншим типом особистості, незалежно від впливів робочих та організаційних факторів [13,20].

Хоча результати досліджень щодо ролі копінг-стратегій у розвитку вигорання є суперечливими, деякі науковці пов'язують ризик розвитку вигорання у лікарів та медсестер з відсутністю гнучкості у виборі копінг- стратегій, а також з домінуванням стратегій уникнення та емоційно- орієнтованого копіngu над проблемно орієнтованим [11,31,24].

Дослідження показують, що емоційний інтелект може виступати захисним фактором щодо ризику розвитку вигорання у медичних працівників, як у медсестер, так і серед лікарів [41]. Результати узагальненого огляду наукових досліджень свідчать, що здатність до регулювання своїх емоцій є важливим чинником, який має прогностичні та кореляційні значення щодо вигорання у медичних працівників. Встановлено значущі зворотні зв'язки між вміннями зберігати контроль над своїми емоціями, здійснювати емоційний менеджмент та рівнем вигорання. Активне використання навичок саморегуляції з метою подолання стресу та негативних емоцій, а також залучення медичних працівників до різноманітних програм та заходів з формування та розвитку компетенцій регуляції своїх емоцій і станів, зокрема через опанування практик майндфулнес, вважаються суттєвими факторами, які мають

позитивне відображення у зниженні рівня вигорання та підвищенні резильєнтності [21].

Науковці також підкреслюють, що розвинений емоційний інтелект є одним із часто ігнорованих чинників вигорання у хірургів, серед яких, як відомо, є найбільше представників, схильних до дистресу та вигорання порівняно з іншими медичними спеціальностями [37]. Розвинений емоційний інтелект може бути «медіатором» вигорання хірургів не тільки з точки зору регулювання негативних афективних станів, але й через покращення міжособистісних та лідерських компетенцій, що відображається у більш злагодженій роботі в команді медиків, побудові гармонійного робочого середовища, а також у прозорій, асертивній та взаєморозуміючій взаємодії з пацієнтами. Використовуючи м'які навички емоційного інтелекту, хірурги можуть ефективно виражати повагу до колег по роботі, емпатію, заохочувати довіру та мотивацію в колективі. Також розпізнання і врахування емоційного стану пацієнта покращує суб'єктивне та об'єктивне обстеження, забезпечуючи більш результативний індивідуальний підхід до лікування та консультування, що в кінцевому підсумку призводить до більш високої задоволеності пацієнтів, а звідси і медиків, які доглядають за ними [37].

Роль перфекціонізму щодо ризику розвитку вигорання медичних працівників наразі є маловивченою, хоча результати нечисленних наукових робіт, у яких висвітлено це питання, дозволяють виокремити перфекціонізм як категорію, що потребує особливої уваги [18,24,28]. Дослідження перфекціонізму як предиктора вигорання серед американських лікарів встановило, що такий компонент перфекціонізму як самокритичний перфекціонізм, є суттєвим фактором ризику щодо таких вимірів вигорання як емоційне виснаження та деперсоналізація, і який проявляється у схильності до надмірної самокритичності, самодокорах, постійних сумнівах щодо виконання діяльності, негативних реакціях на можливі передбачувані невдачі, тенденцією сприймати соціальне оточення як таке, що вимагають досконалості і

струбованість оцінками інших, невпевненість та невизначеність щодо якості власної роботи або продуктивності [29].

Ще одним визначеним нами на основі аналізу низки наукових досліджень фактором розвитку вигорання є наявність відповідних за якісними та кількісними вимірами винагород за працю працівника, які є пропорційними та адекватними його професійному внеску, а також докладеним зусиллям та старанню [32]. Цей чинник можна обґрунтувати тим, що працівник, який відчуває наявність дисбалансу у винагородах, як матеріальних, таких як заробітна плата, премії чи інші фінансові виплати, так і нематеріальних, таких як соціальне схвалення, визнання з боку керівництва та пацієнтів, стикається з проблемою знецінення свого трудового внеску та зростаючим відчуттям власної неефективності. Дослідження показують, що співмірна, справедлива і систематична винагорода є одним із ресурсів професійного середовища медичних працівників, який діє як захисний фактор від вигорання [27,34,46].

Дотримання балансу між роботою та особистим життям є особливо проблематичним завданням для працівників сфери охорони здоров'я, зокрема лікарів, медсестер, середнього та молодшого медичного персоналу, оскільки медичним працівникам доводиться працювати довгий робочий день, часто затримуватися на роботі допізна та працювати понаднормово, іноді виконувати свої обов'язки в нічні зміни і, звичайно, підтримувати зв'язок з пацієнтами навіть у неробочий час, тим самим продовжуючи виконувати свою робочу роль ще й на дозвіллі. Дослідження бразильських науковців [26] визначило ризики використання месенджера WhatsApp у відношенні до рівня стресу та вигорання серед лікарів, і вони дійшли висновку, що регулярне використання додатків для обміну повідомленнями може бути потенційним чинником стресу та вигорання, оскільки це додає навантаження на фахівця через можливість бути доступним для пацієнтів та їхніх скарг 24 години на добу, 7 днів на тиждень.

Медичні працівники мають багато робочих обов'язків і навантажень, але їм також потрібно приділяти достатньо часу для відпочинку, відновлення та сімейних справ, залишаючись водночас продуктивними, а питання ефективної розстановки пріоритетів між роботою та особистим життям перетворюється на джерело стресу, коли фахівці не можуть належним чином розподіляти час, оскільки не завжди володіють відповідними навичками та вміннями.

Крім того, виникнення конфлікту між роботою та особистим життям у медичних працівників пов'язане також з особливостями так званої "професійної культури медиків", яка проявляється в таких явищах, як стигматизація звернення за допомогою, медикалізація, медична винятковість, презентеїзм, культура самопожертви, котрі здатні прямо чи опосередковано призводити до вигорання через те, що у працівників формується установка на надання переваги задоволенню потреб та збереженню здоров'я пацієнтів перед задоволенням власних потреб та піклуванням про власне здоров'я [24].

Професійна культура медиків характеризується очевидним розривом між артефактами та проголошуваними цінностями (згідно з моделлю Е. Шейна). Артефакти, відповідно, відображають зовнішні прояви культури професії та організації, які можна спостерігати візуально, тактильно, аудіально, але які можуть надати лише загальне та поверхневе уявлення про цю культуру, до яких належать, наприклад, моделі поведінки між медичними працівниками та пацієнтами, які можна спостерігати, певні ритуали, уніформа, символіка, особливості організації та облаштування робочого простору тощо [19].

Проголошені цінності охоплюють офіційно проголошені переконання, норми, цінності, пріоритети, ідеали, принципи тощо, які проявляються в усвідомлених віруваннях і заявах про спільну місію, цінності, стратегії, філософію, етичні правила, нормативні вимоги, кодекси спілкування і поведінки, статuti тощо, які є зрозумілими і розділяються медичними працівниками, і яких необхідно дотримуватися в рамках

професії та організації. Клятва Гіппократа є прикладом проголошеної цінності серед медичних працівників [19].

Дослідники клініки Майо вважають, що професійна культура медичних працівників може зумовлювати формування деструктивної поведінки та когнітивного дисонансу, що зрештою може стати джерелом дистресу та вигорання, оскільки в культурі медичної професії іноді існують невідповідності між заявленими цінностями та організаційною поведінкою, яка закладається і закріплюється в культурі закладів та системі охорони здоров'я в суспільстві загалом. Наприклад, одним із таких артефактів є надмірне бюрократичне навантаження на медичних працівників, що призводить до неефективного використання часових ресурсів, тоді як згідно з декларованими цінностями медичні працівники є одними з числа найскладніших у підготовці та найцінніших фахівців, зусилля яких мають бути максимізовані. Це породжує серед медичних працівників уявлення про те, що їхній час не цінується [19].

Наступним артефактом є сама специфіка системи надання медичних послуг, де організації орієнтовані на максимізацію прибутку, а вигорання та виснаження є поширеними та звичними явищами серед медичних працівників, де спостерігається брак часу та персоналу для забезпечення якісного обслуговування пацієнтів та надання індивідуального підходу з можливістю прийняття спільно узгоджених рішень із врахуванням думки конкретного пацієнта, що, в свою чергу, підриває якість надання послуг, в той час як проголошені цінності говорять про те, що якість надання послуг має бути пріоритетною. Така неузгодженість свідчить про те, що в реальності економічні інтереси та показники продуктивності є більш важливими, ніж пріоритет якості послуг та побажання пацієнтів [19].

Невідповідність артефактів і проголошених цінностей проявляється і в загальній медичній культурі. Наприклад, лікарі часто нагадують своїм пацієнтам, що з втомою потрібно боротися і запобігати їй, оскільки вона призводить до зниження працездатності, і що важливо піклуватися про себе і своє здоров'я, а також приділяти

увагу профілактиці та виявленню захворювань до того, як їх доведеться лікувати [19]. Проте в реальності лікарі не застосовують ці поради до себе, вони стикаються з подовженим робочим днем, високим навантаженням, установкою серед професійного середовища на те, що "робота завжди має бути на першому місці", та нормалізацією поведінкових патернів знецінення, нехтування проблем відсутності або недбалого ставлення до себе та свого здорового способу життя, необхідності достатньої фізичної активності, дотримання режимів харчування та сну тощо, що, знову ж таки, свідчить про пріоритетність досягнення медичної продуктивності за рахунок власного здоров'я. Короткострокова вигода важливіша за довгострокову перспективу та наслідки, які можуть проявлятися у труднощах у прийнятті оптимальних лікарських рішень [19].

Іншою невідповідністю є проголошені цінності про те, що помилятися - це цілком нормально і притаманно для людини (для пацієнта), водночас медична професійна культура - це культ перфекціонізму і стигматизація вразливості, коли звичайні людські обмеження не поширюються на лікарів, і якщо іншим дозволено помилятися, то лікарям – ні [19].

Від медичних працівників очікують ходити на роботу, навіть коли вони хворі, відкладати турботу про себе та особисті справи, розвивати в собі холонокровність, деяку суворість і закритість, стійкість, низьке самоспівчуття, стабільно високі результати без права на помилки, провина за які лягає на них особисто і всіяко піддається засудженню [19].

Крім того, у науковому колі існує поняття "асиметричної винагороди", яке Ariely та Lanier [34] визнають одним із трьох основних чинників, що впливають на показники благополуччя та дистресу медичних працівників, поряд із втратою автономії та когнітивним дефіцитом. Зокрема, "асиметрія винагороди - це явище, яке полягає в тому, що коли лікарі роблять те, що від них очікують, вони, як правило, отримують незначне (якщо взагалі отримують) визнання або заохочення, але коли вони

припускаються помилки, особливо тієї, що завдає шкоди пацієнтові, негативні наслідки є негачними, болючими і дорогими" [34, с.543].

Іншими словами, медична професія особливо гостро пов'язана з ризиками "заплямувати" репутацію фахівця помилкою і швидкими негативними наслідками, можливо, навіть крахом важко напрацьованої кар'єри, коли випадки лікарської недбалості можуть набути публічного розголосу та супроводжуватись судовими позовами з боку потерпілої сторони. Асиметрія винагороди лікарів, тобто разючий диспропорційний контраст між вірогідністю та рівнями винагородження за успішну діяльність і навпаки, покаранням за неуспіх, може стати джерелом напруженості і тривоги, пов'язаної з необхідністю демонструвати хороші результати і страхом припуститися помилки.

Оскільки проблему вигорання медичних працівників слід розглядати не лише з перспективи стресогенності робочих умов, але й з урахуванням інших предиспозиційних аспектів, що знижують адаптаційний потенціал спеціаліста, ми вважаємо, що особистісні характеристики людини та вплив умов позаробочого середовища необхідно включити в нашу класифікацію чинників вигорання (див. Рис.1.3.). Ми вважаємо, що найбільш доцільне розмежування вимірів чинників може бути адаптоване з моделі «Системна модель Б. Нойман» (B. Neuman, 1974, 2011) [7, с. 281]. Модель Нойман характеризується динамічним і холистичним підходом, включає елементи гештальт-підходу і використовує концепцію стресу Г. Сельє. Її відмінною рисою є розуміння людини як відкритої системи, що охоплює фізіологічні, психологічні, соціокультурні, вікові та духовні виміри і яка перебуває у постійній взаємодії з низкою внутрішніх і зовнішніх сил навколишнього середовища, а також прагне підтримувати гомеостатичну рівновагу, чинячи опір впливу стресорів. Науковиця Бетті М. Нойман розглядає стимули, які породжують напругу в системі та можуть призвести до її нестабільності, поділяючи їх на три групи: інтраперсональні, інтерперсональні та екстраперсональні.

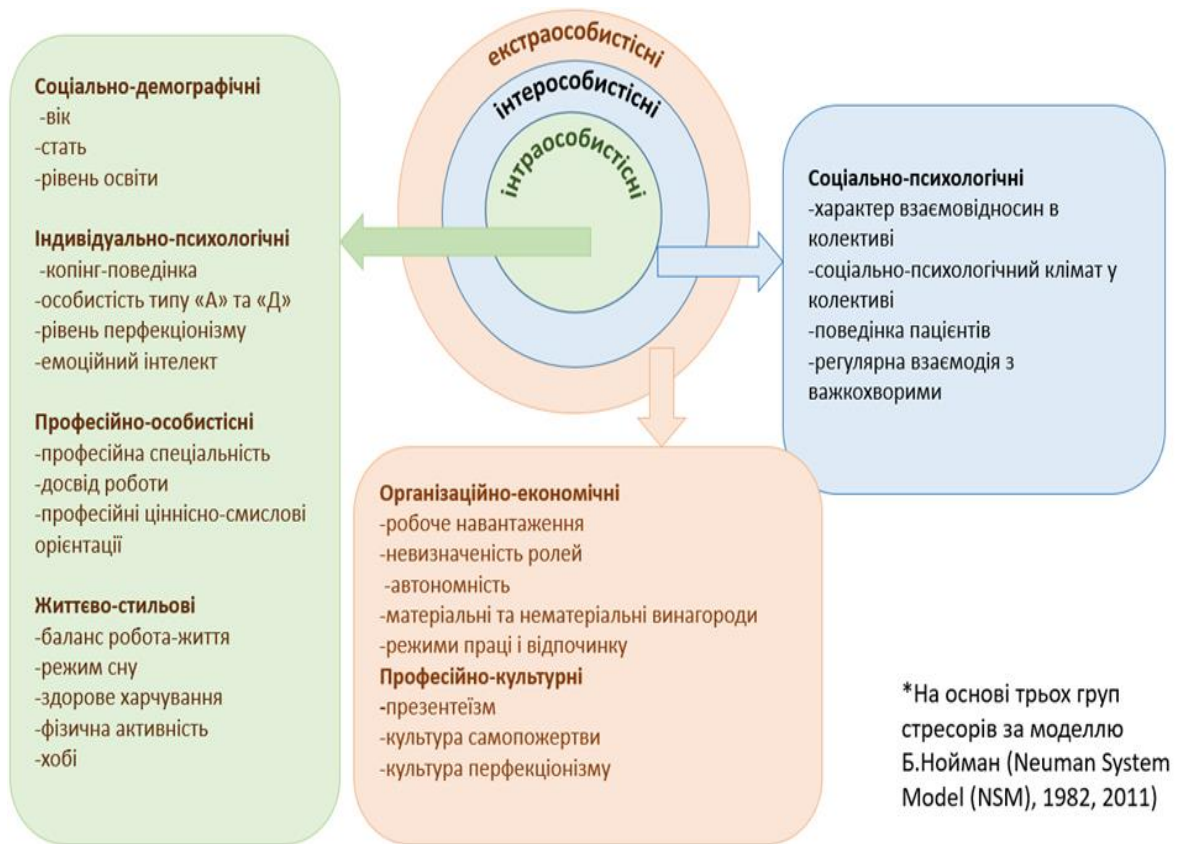


Рис. 1.3. Класифікація чинників вигорання медичних працівників

Спираючись на елементи моделей "Системна модель Нойман" (Neuman, 1974, 2011), "Модель дисбалансу зусиль-винагороди" (Siegrist, 1996;), "Модель медіації" (Maslach and Leiter, 1997), «Модель компенсації та відновлення індукованого вимогами напруження (DISC-R)» (De Jonge et al., 2014), а також на висновки проведеного нами аналізу та синтезу результатів низки емпіричних досліджень з відповідної проблематики, ми розглядаємо три виміри чинників вигорання медиків у пропонованій нами класифікації так:

Інтраособистісні чинники вигорання представлені характеристиками медичних працівників, які виникають на рівні окремої особистості як системи. У свою чергу, цей рівень представляє такі підгрупи чинників: соціально-демографічні, що включають вік, стать, рівень освіти; індивідуально- психологічні, що можуть бути представлені

особливостями копінг-поведінки медика, типом особистості «А» та «Д», рівнем перфекціонізму, характеристиками емоційного інтелекту; професійно-особистісні, що відображають специфіку професійної спеціальності, досвіду роботи, професійні ціннісно-смыслові орієнтації медика. Ми також включаємо до цього рівня життєво-стильові чинники, які можуть забезпечувати буферизацію робочого стресу та виступати додатковими факторами ризику чи захисту розвитку вигорання: баланс робота-життя, режим сну, здорове харчування чи його нестача, фізична активність, хобі.

Інтерособистісні чинники – чинники вигорання медичних працівників, які існують поза межами окремої особистості та виникають у результаті взаємодії медичного працівника з іншими людьми, тобто в контексті його включення у різноманітні ситуації соціальної взаємодії між двома або більше людьми. Наприклад, ці чинники можуть бути відображені особливостями міжособистісних стосунків медичного працівника з колегами, керівництвом, пацієнтами та їхніми родичами тощо. До цього рівня ми відносимо наступні чинники вигорання, які об'єднуємо в соціально-психологічну підгрупу: характер горизонтальних і вертикальних взаємин на робочому місці, особливості соціально-психологічного клімату на робочому місці, поведінка пацієнтів (від агресивного і ворожого ставлення до медичного працівника до поваги і вдячності), а також категорія пацієнтів, з якими працюють медичні працівники, де регулярна взаємодія з важкохворими і критичними пацієнтами може виступати чинником розвитку вигорання [1].

Екстраособистісні чинники – ми розглядаємо як чинники вигорання, які виникають поза межами медичного працівника як системи, що залучена у взаємодію з іншими, тобто це особливості зовнішнього середовища на більш віддаленому рівні. В свою чергу, цей рівень чинників включає організаційно-економічні чинники, як включають особливості системи організації праці, управління та мотивації, зокрема особливості системи організації праці та управління, систему мотивації, а саме: характеристики робочого навантаження, режим праці та відпочинку, матеріальну та

нематеріальну винагороду, визначеність або невизначеність ролей та функціональних обов'язків, рівень автономії працівника.

Також ми пропонуємо віднести до цього рівня підгрупу професійно-культурних чинників, які можуть бути джерелом робочого стресу представників медичної професії: культура презентеїзму, культура самопожертви та культура перфекціонізму [24].

Висновки до розділу 1

Отже, проблема вигорання породжує багато дискусій в наукових колах і на сьогоднішній момент немає єдиного загальноприйнятого підходу до його розуміння. Одні науковці розглядають вигорання в клінічному напрямку, хоча досі вигорання, відповідно до ВООЗ не може бути прирівняно до психічного розладу і становити окремий діагноз, інші ж науковці фокусуються на вивченні вигорання з перспективи організаційної психології.

Основними концепціями для вивчення вигорання є: Концепція вигорання У. Шауфелі (Schaufeli, 2019), «Модель дисбалансу між зусиллями та винагородою» (Siegrist, 1996;2017), Модель медіації (Maslach and Leiter, 1997) (друга назва – «The areas of worklife model of burnout»), «Модель компенсації та відновлення індукованого вимогами напруження» (DISC-R, The Demand-Induced Strain Compensation Recovery Model) (De Jonge et al., 2014).

Найбільші сучасним підходом до розуміння вигорання є концепція У.Шауфелі, яке намагатися об'єднати в собі елементи як клінічного, так і організаційного підходів. Вигорання – це пов'язаний з роботою стан виснаження, що виникає у працівників, який характеризується надзвичайною втомою, зниженням здатності регулювати когнітивні та емоційні процеси, психічним дистанціюванням, а також супроводжуються пригніченим настроєм, неспецифічними психологічними та психосоматичними симптомами дистресу.

Проаналізувавши емпіричні дослідження чинників вигорання медиків низки науковців, а також врахувавши основні підходи до пояснення механізмів розвитку виграш і передумов, які можуть опосередковувати його виникнення, ми узагальнити отримані результати в розробленій нами класифікації чинників вигорання, ми виділити три основні групи чинників вигорання медичних працівників: інтраособистісні, інтерособистісні та екстраособистісні.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Програма емпіричного дослідження чинників вигорання у медичних працівників

Для встановлення чинників вигорання ми використали метод кореляційного аналізу, результати якого мали підтвердити чи спростувати такі гіпотези:

Гіпотеза дослідження №1: існує прямий зв'язок між вигоранням та перфекціонізмом, рівнем робочого навантаження, досвідом агресивних впливів у колективі, рівнем відсутності балансу робочого навантаження.

Гіпотеза дослідження №2: існує зворотній кореляційний зв'язок між вимірами вигорання та емоційним інтелектом, розміром зарплати і професійним стажем.

Гіпотеза дослідження №3: існують кореляційні зв'язки між вигоранням, віком та статтю.

Гіпотеза дослідження №4: чинниками вигорання медичних працівників можуть бути рівень емоційного інтелекту, перфекціонізм, досвід міжособистісної агресії у колективі, особливості робочого навантаження, вік, стать та розмір заробітної плати.

Для дослідження чинників вигорання медиків була сформована вибірка за стратегією "нерепрезентативної зручної вибірки" (принцип доступності) та "снігової кулі". Анонімне, добровільне онлайн-дослідження проводилось у період з 6 квітня 2024 року по 27 квітня 2024 року за допомогою сервісу Google Forms. Посилання на розроблену нами веб-анкету розповсюджувалось серед знайомих лікарів, які працюють у ПП "КЛІНІКА МЕДІКОМ", з проханням поширити його робочих чатах та серед колег. Медичні працівники, які добровільно погодились пройти опитування, мають різні спеціалізації та працюють на різних посадах у приватних та державних установах.

Також була розроблена авторська анкета з закритими та відкритими варіантами відповідей. Запитання анкети були спрямовані на виявлення соціально-демографічних

даних та визначення суб'єктивних уявлень щодо можливих джерел стресу на робочому місці, тим самим надаючи нам додаткову інформацію для більш ґрунтовного аналізу та інтерпретації результатів статичних досліджень (Додаток ..). Слід також зазначити, що не всі відповіді респондентів були надані в такій формі, яка б надала нам достатньо інформації для того, щоб зробити належні висновки. Тому абстрактні, недостатньо розкриті, двозначні або непрямі відповіді на запитання, які неможливо було уточнити у конкретного респондента, зв'язавшись з ним/нею, були виключені з дослідження.

Вибірка склалась загалом з 73 осіб віком від 24 до 75 років, середній вік у вибірці - 46,6 років, співвідношення чоловіків та жінок відповідно 21% (n=15) та 79% (n=58) (див. рисунок 2.1.).

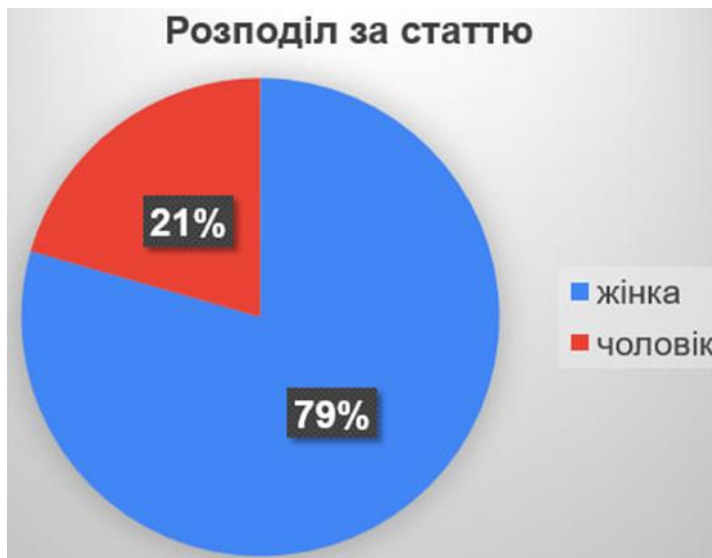


Рис.2.1. Розподіл респондентів за статтю

Розподіл респондентів за місцем роботи представлений у рисунку 2.2, де видно, що більшість респондентів, 58%, є працівниками приватних клінік (ПП "Клініка Медіком", мережа медичних центрів "Гармонія Здоров'я", Приватна медична клініка «Доктора Сичова» та ін.), 25% працюють в установах охорони здоров'я вторинної ланки (КНП "КДЦ" Деснянського району, КНП "Київський міський пологовий будинок № 1", КНП "ДКЛ №3 м.Києва", КНП «Бережанська ЦМЛ» та ін.), 11% - у установах охорони здоров'я первинної ланки (Поліклініка, Дитяча поліклініка та ін.) та 6% у

установах третинної ланки ("Київська міська офтальмологічна лікарня "Центр мікрохірургії ока"", Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова АМН України, Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України та ін.).



Рис.2.2. Розподіл респондентів за місцем роботи

Звертаючись до результатів дослідження за авторською анкетною (див.рис. 2.3.), можна бачити, що за посадою більшість респондентів є лікарями 40 осіб, медсестрами 13 осіб та завідувачем відділення – 9 осіб.



Рис.2.3. Розподіл респондентів за посадою

Тепер перейдемо до відповідей респондентів на відкрите питання авторської анкети.

У нашій анкеті було таке запитання:

"З чим би Ви хотіли частіше/ більше стикатися у своїй роботі/ робочому середовищі?"

Більшість респондентів, 22 особи (30,1%), надали відповіді, які ми виокремили в категорію «Ввічливість, доброзичливість, взаєморозуміння, взаємоповага у відносинах з оточуючими» (див. рис. 2.4.). Ми не можемо розцінювати оточення як конкретну групу – скоріше за все, респонденти мали на увазі загальну конструктивність спілкування та взаємодії з людьми, з якими медичні працівники мають справу впродовж робочого дня.

Трохи менше респондентів, 16 осіб (21,9%), зробили акцент саме на конструктивності відносин у колективі (див. рис. 2.4.).



Рис. 2.4. Відповіді на питання за анкетною

Також були і ті медичні працівники, 8 осіб, які б хотіли частіше стикатися з позитивно налаштованими, вихованими, дисциплінованими, відповідальними пацієнтами. Також були і ті медичні працівники, 8 осіб (10,9%), які б хотіли частіше стикатися з позитивно налаштованими, вихованими, дисциплінованими, відповідальними пацієнтами.

Як можна побачити з рис. 2.5., більшість респондентів, 47 осіб (64,4%), незадоволені оплатою праці.

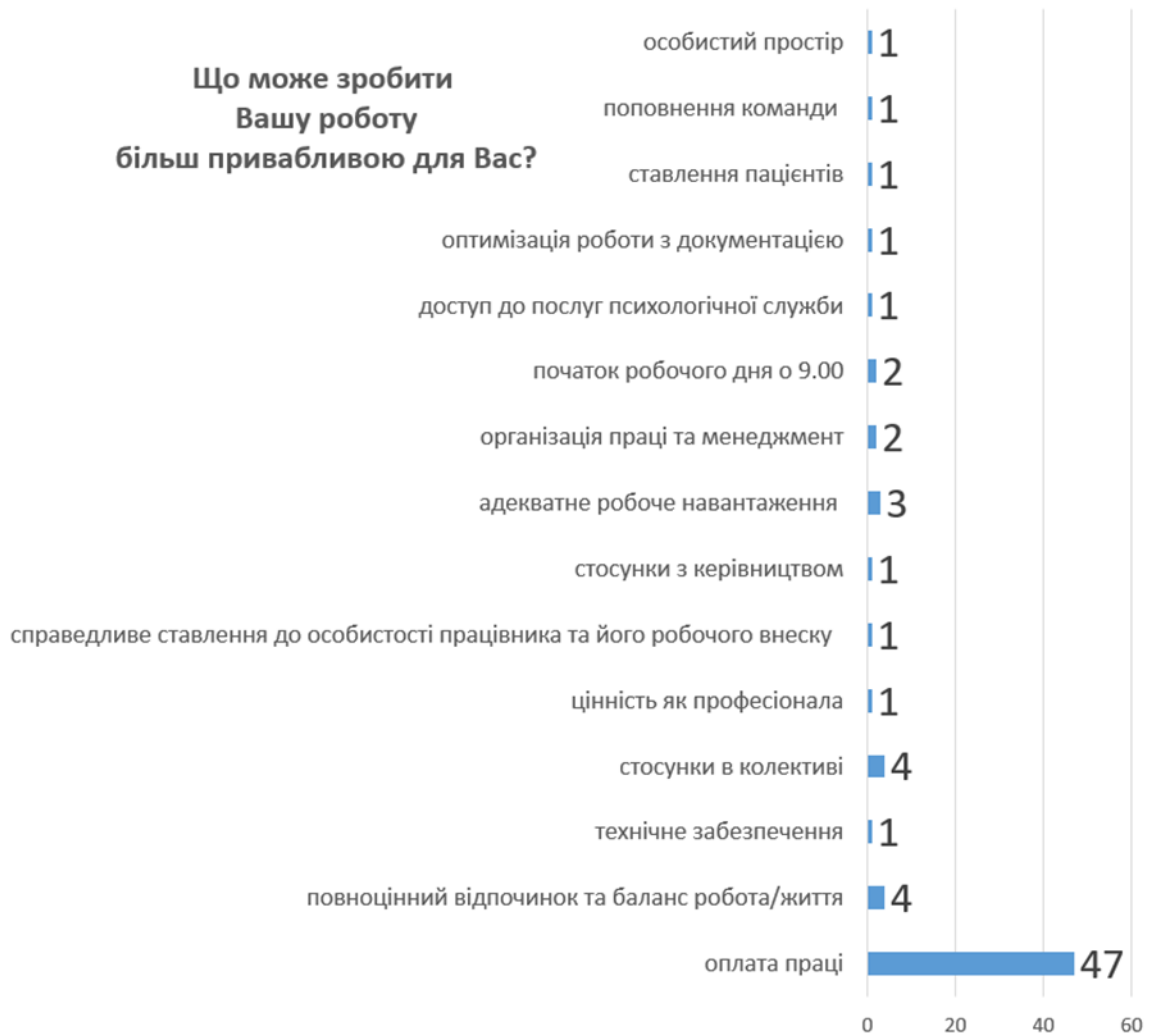


Рис. 2.5. Відповіді на питання за анкетною

А на запитання "З чим би Ви хотіли менше стикатися у своїй роботі/ робочому середовищі?" більшість респондентів, 28 осіб (38,4%), вказали на негативне ставлення в міжособистісній взаємодії з боку колег та пацієнтів, де 5 відмітили саме конфлікти та непорозуміння (див. рис. 2.6).

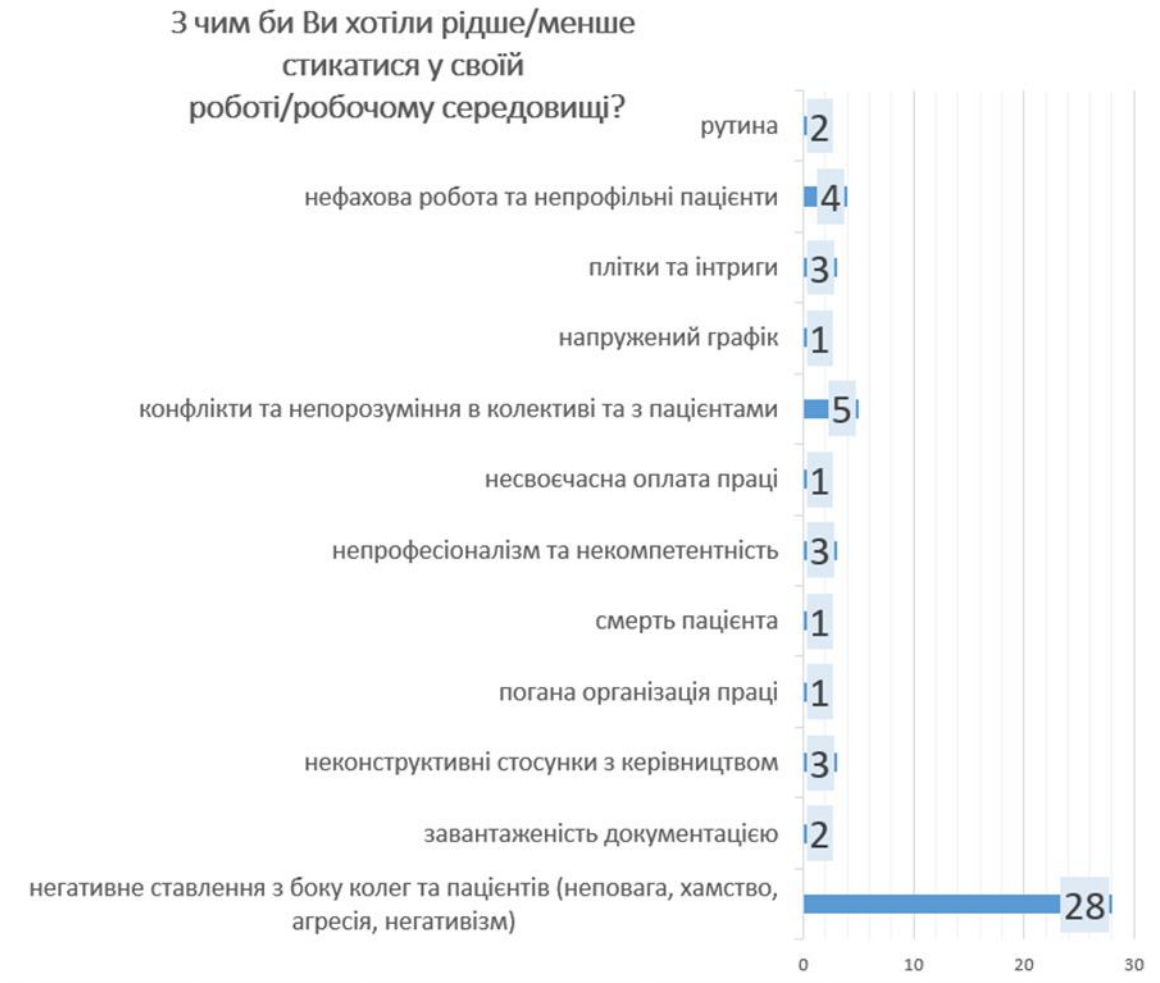


Рис. 2.6. Відповіді на питання за анкетною

На емпіричному етапі дослідження також було використано низку психодіагностичних методик:

1. Психодіагностична методика «Велика тривимірна шкала перфекціонізму» (авторства М. Сміта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбера, С. Шеррі, адаптований українською Грубі Т.В., 2018) [2];
2. Опитувальник «Шкала досвіду агресивних впливів» (Т. Глобм та Х. Ляо, адаптація українською – С.Д. Максименко, О.М. Кокун, Є.В. Тополов, 2011) [4];
3. Опитувальник «Баланс «робота – життя» (М. Г. Ткалич, 2015) [5];

4. Опитувальник «Шкала професійної завантаженості» (автори- П. Спектор та С. Джекс, адаптація українською - Максименко С.Д., Кокун О.М., Тополов Є.В, 2012) [3];

5. Опитувальник «Тест емоційного інтелекту EQ» (автор - Н. Холл, переклад українською Яцюк М., 2019, «Емоційний інтелект особистості (на хвилі Нової української школи): Навчально-методичний посібник / Марія Яцюк, – Вінниця : Вид-во «Діло», 2019. – 105 с.) [6];

6. Опитувальник вигорання Шауфелі (Work-related version of the BAT) (розробка – W.B. Schaufeli , 2019, український переклад О. Вельдбрехт) [36].

Вибір інструментарію був опосередкований метою та завданнями дослідження. Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 22. Гіпотеза про нормальність розподілу перевірялася за допомогою критеріїв Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Уїлка. (Додаток ..)

Статичний аналіз підтвердив, що змінні не підпорядковуються нормальному розподілу ($p < 0,05$).

Опитувальник вигорання Шауфелі (Work-related version of the BAT) (розробка – W.B. Schaufeli , 2019, український переклад О. Вельдбрехт)

Опитувальник вигорання Шауфелі (Work-related version of the BAT) (розробка – W.B. Schaufeli , 2019, український переклад О. Вельдбрехт) ми використовували для вимірювання рівнів вираженості загального показника вигорання та його субшкал. Опитувальник складається з двох частин: 23 питань, що вимірюють основні симптоми вигорання, які складають його ядро, та 10 питань, що вимірюють вторинні симптоми, які можуть супроводжувати вигорання, але, розглянуті окремо, не можуть відображати

його сутнісні характеристики, а скоріше стосуються супутніх проявів психологічного дистресу та психосоматичних розладів, які можуть спостерігатися на тлі вже наявного вигорання. Основні симптоми вигорання розподілені за чотирма шкалами, вираженість яких розраховується шляхом підсумовування балів за кожною окремою шкалою та знаходження середнього арифметичного по відношенню до кількості тверджень, після чого може бути здійснений аналіз статистичних норм, наведених автором. Рівні вираженості варіюються від «низького», «середнього», «високого» та «дуже високого». Автор також наводить порогові бали для визначення ризику вигорання, які були отримані в результаті дослідження груп працівників з вираженими формами вигорання. Цей опитувальник також може бути використаний для дослідження вигорання у тих працівників, які не працюють на момент проведення опитування. Автор пропонує досліджувати рівень вираженості другорядних симптомів за єдиною шкалою, не розмежовуючи психологічні та психосоматичні скарги. Відповіді на запитання опитувальника варіюються від 1 до 5, де 1 - ніколи, 5 - завжди.

Щоб дослідити роль потенційних інтраперсональних чинників у розвитку вигорання медичних працівників, ми зосередилися на таких індивідуально-психологічних змінних, як емоційний інтелект та перфекціонізм. Для вимірювання рівня емоційного інтелекту ми обрали Опитувальник «Тест емоційного інтелекту EQ» (автор - Н. Холл, 1999, переклад українською Яцюк М., 2019), який складається з 30 пунктів. Автор розглядає емоційний інтелект як конструкт з 5 вимірів: управління емоціями, що відображає емоційну гнучкість, меншу схильність до переживання тривалих негативних афектів, здатність регулювати свій психоемоційний стан для підтримки внутрішньої рівноваги та продуктивності, емоційна обізнаність - як здатність помічати, аналізувати та інтерпретувати власні емоції, їх джерела та потенційні наслідки з метою підтримання усвідомленості та продуктивності, самомотивація - відображає довільне регулювання свого психоемоційного стану для досягнення кращих результатів у діяльності, налаштування на конструктивні емоції

замість деструктивних; емпатія стосується чутливість до емоційних потреб інших, здатність розпізнавати і розуміти їхній психоемоційний стан та впливати на нього. Підрахунок балів здійснюється на основі підсумовування балів за кожною шкалою

Психодіагностична методика «Велика тривимірна шкала перфекціонізму» (авторства М. Сміта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбера, С. Шеррі, адаптований українською Грубі Т.В., 2018)

Психодіагностична методика «Велика тривимірна шкала перфекціонізму» » (авторства М. Сміта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбера, С. Шеррі, адаптований українською Грубі Т.В., 2018) спрямована на дослідження двох форм перфекціонізму - жорсткого (усталеного), який включає шкали "«Перфекціонізм, орієнтований на себе», «Проблеми з самооцінкою» та самокритичного, до якого, відповідно, відносяться шкали «Стурбованість помилками» , «Сумніви у власних діях», «Самокритика», «Соціально приписаний перфекціонізм», див. табл. 2.1. . Підрахунок балів здійснюється за допомогою середнього арифметичного за кожною шкалою.

Таблиця 2.1.

Шкали методики «Велика тривимірна шкала перфекціонізму»

«перфекціонізм, орієнтований на себе»	Підтримується внутрішньою системою мотивації та відображає установку особистості, що вона має висувати до себе вищі очікування, критерії та прагнути до бездоганних, найкращих результатів у всіх справах, а також переконання тому, що для неї є важливим дотримуватися цих високих особистих стандартів, які відображають прихильність до досконалого підходу.
«проблеми з самооцінкою»	Фіксація на постійному досягненні досконалості обумовлює самоцінність людини, яка аналізується і визначається через сприйманий ступінь досягнення надмірних очікувань і стандартів, що вона приписує власній особистості та результатам діяльності.
«стурбованість помилками»	Ця шкала відображає схильність переживати тривогу і страх з приводу ймовірності недосягнення досконалості та передбачуваних незадовільних результатів, тоді як самі помилки, навіть незначні, інтерпретуються як невдачі і потенційні загрози самоцінності, і супроводжуються такими негативними афективними реакціями та станами, як пригніченість, розчарування, сором тощо.
«сумніви у власних діях»	Відображає невпевненість та невизначеність щодо виконання та очікуваних результатів власної діяльності, а також стурбованість щодо правильності своїх дій та рішень.
«самокритика»	Вимірює схильність до повторюваної жорсткої, неадекватної самокритики та самозвинувачення, фокусування на негативних оцінках себе, коли

	результати не сприймаються як досконалі.
«Соціально приписаний перфекціонізм»	Схильність до сприйняття інших людей як таких, що висувають надмірні стандарти до особистості, очікуючи та вимагаючи від неї досконалості

Опитувальник «Баланс «робота – життя» (М. Г. Ткалич, 2015)

Також, враховуючи можливий чинник вигорання, який описаний в моделі DISC-R model, розроблена de Jong de Jonge та Dormann як повноцінне відновлення після роботи, ми використали одну шкалу "Відсутність балансу навантаження" з опитувальника «Баланс «робота – життя» (М. Г. Ткалич, 2015), яка відображає ступінь відсторонення працівника від роботи в позаробочий час. Вищі показники за шкалою означають доступність до клієнтів / пацієнтів у позаробочий час і нечітке розмежування роботи і вільного часу. Бали розраховуються знаходженням середнього арифметичного за шкалою.

Опитувальник «Шкала досвіду агресивних впливів» (Т. Глобм та Х. Ляо, адаптація українською - Максименко С.Д., Кокун О.М., Тополов Є.В., 2011)

Для включення в наше дослідження змінної, яка б представляла групу інтерособистісних чинників, ми застосували опитувальник «Шкала досвіду агресивних впливів» (Т. Глобм та Х. Ляо, адаптація українською - Максименко С.Д., Кокун О.М., Тополов Є.В., 2011), яка дозволяє виявити рівень досвіду агресії з боку колег та співробітників у міжособистісній взаємодії. Пункти шкали відображають твердження про досвід пасивної агресії : уникнення та ігнорування у спілкуванні, використання саркастичної критики, поширення пліток, приниження перед іншими колегами,

саботування роботи, відмова у наданні інформації, перебивання у розмові та створення умов, за яких співрозмовник не може висловити свою думку. Відповідаючи на 20 запитань анкети, респондент має оцінити їх за шкалою Лайкерта, обравши для кожного твердження значення від 1 до 5, де 1 означає «ніколи», а 5 - «один раз на тиждень або частіше». Загальний бал за досвід агресивних впливів вираховується шляхом додавання всіх оцінок, де 20 - мінімальний показник, а 100 - максимальний.

Опитувальник «Шкала професійної завантаженості» (автори- П. Спектор та С. Джекс, адаптація українською - Максименко С.Д., Кокун О.М., Тополов Є.В, 2012).

Оскільки, відповідно до запропонованої класифікації факторів вигорання, ми припускаємо, що слід враховувати не лише інтраперсональний та інтерперсональний виміри, а й екстраперсональний аспект, тому ми вважаємо за доцільне включити до кореляційного аналізу фактори розміру заробітної плати, який був відображений в авторській анкеті, та рівня робочого навантаження, який вимірювали за «Шкалою професійної завантаженості» (автори- П. Спектор та С. Джекс, адаптація українською - Максименко С.Д., Кокун О.М., Тополов Є.В, 2012). Шкала складається з 5 запитань з 5 варіантами відповідей щодо ступеня частоти переживання певних явищ, які відбивають характеристики, пов'язані з кількісним виміром робочого навантаження (обсяг роботи та кількість доступного часу на її виконання). Максимальна кількість балів, отримана шляхом підсумовування відповідей, становить 25, а мінімальна, відповідно, 5.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

У більшості респондентів переважає середній рівень **вигорання** за шкалами "Виснаження", "Емоційне відсторонення", "Емоційні порушення ", "Інтегральний показник за 23 основними симптомами " та " Інтегральний показник за 10 другорядними симптомами " (табл.2.2).

Таблиця 2.2.

Рівні вираженості вигорання у вибірці

Шкали вигорання	Низький		Середній		Високий		Дуже високий	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Виснаження	6	8	37	51	27	37	3	4
Емоційне відсторонення	18	25	44	60	11	15	0	
Когнітивні порушення	38	52	25	34	10	14	0	
Емоційні порушення	8	11	40	55	24	33	1	1
Інтегральний показник за 23 основними симптомами	16	22	39	53	18	25	0	
Інтегральний показник за 10 вторинними симптомами	5	7	42	57	26	36	0	

При цьому результати за шкалою "Когнітивні порушення" у більшості медиків на низькому рівні. Але не можемо також не звернути увагу на високий рівень за шкалами «Виснаження» (у 37% медиків), «Емоційні порушення» (у 33% осіб) та за «Інтегральним показником за 10-ма вторинними симптомами» – у 36%. При цьому чверть респондентів має високий рівень вигорання за Інтегральним показником. Отримані результати за інтегральним показником вигорання дають підставу стверджувати, що 53% відсотки респондентів перебувають в зоні ризику розвитку вигорання, але, скоріше за все, ще не мають сформованого вигорання, і 25% респондентів мають високу вірогідність або перебувають на початкових стадіях вигорання, ще не яскраво вираженого, або мають вже достатньо виражене вигорання, що вимагає корекції.

Результати описової статистики за рівнем перфекціонізму (табл. 2.3) встановили, що більшість респондентів (55%), мають високий рівень прагнення до досконалості та вимогливості від себе досконалості, що відображає шкала «Перфекціонізм, орієнтований на себе».

Таблиця 2.3.

Рівні вираженості перфекціонізму у вибірці

Шкала перфекціонізму	низький рівень		середній рівень		високий	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Перфекціонізм, орієнтований на себе	15	20	18	25	40	55
Проблеми із самооцінкою	23	31,5	15	20,5	35	48
Стурбованість помилками	10	14	16	22	47	64
Сумніви у власних діях	35	48	15	20,5	23	31,5
Самокритика	23	31	16	22	34	47
Соціально-приписаний перфекціонізм	10	14	37	51	26	35

Також більшість респондентів мають високі рівні вираженості надмірних докорів до себе в ситуації неуспіху – 47%, тенденції базувати свою самоцінність на критеріях ступеню досягнення досконалості у справах – 48%, сприйняття помилок як негативних явищ, що прирівнюються до поразок та невдач – 64% (відповідно, шкали: «Самокритика», «Проблеми з самооцінкою», «Стурбованість помилками»). Сприйняття оточення як такого, що вимагає від них найкращих результатів і чинить тиск щодо цього характерно для більшості респондентів на середньому рівні (шкала «Соціально-приписаний перфекціонізм»). Невизначеність щодо своєї продуктивності проявляється у більшості респондентів на низькому рівні – 48% (шкала «Сумніви у власних діях»).

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що більшість медиків у нашій вибірці схильні до висування перфекціоністських стандартів до себе і їхня

самоцінність не є стабільною, а залежить від зовнішнього фактору можливості досягти досконалості, що також відбивається на страху допускати помилки і суворой самокритики.

Охарактеризуємо результати прояву емоційного інтелекту в нашій вибірці (табл. 2.4).

Таблиця 2.4.

Рівні вираженості емоційного інтелекту у вибірці

Шкала емоційного інтелекту	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Емоційна обізнаність	23	32	33	45	17	23
Управління своїми емоціями	56	77	16	22	1	1
Самомотивація	33	45	30	41	10	14
Емпатія	13	18	48	66	12	16
Розпізнавання емоцій інших людей	20	28	47	64	6	8

Можемо побачити, що у більшості респондентів, (77%) переважає низький рівень розвитку навичок емоційної саморегуляції, а також у 45% низький рівень розвитку навичок самомотивації. Водночас рівень емоційної обізнаності, емпатії, здатності до розпізнавання та управління емоціями оточуючих виражена у більшості респондентів на середньому рівні. Такі результати свідчать про спроможність більшості респондентів до розуміння своїх емоцій та їх наслідків щодо самопочуття, поведінки, продуктивності, але знижений рівень розвитку навичок ефективної регуляції свого психоемоційного стану і здатності до управління негативними афектами, що можуть перешкоджати їм досягати життєвих та професійних цілей. Водночас більшість респондентів достатньо чутливі до емоційних потреб інших і можуть знаходити способи впливу на їхні стани. Загалом, внутрішньообистиний аспект емоційного інтелекту розвинутий гірше, ніж міжособистісний.

Кореляційний аналіз між перфекціонізмом та вигоранням (табл.2.5) показав дає підстави зробити наступні висновки.

Таблиця 2.5.

Кореляційні зв'язки між перфекціонізмом та вигоранням

	Виснаження	Емоційне відсторонення	Когнітивні порушення	Емоційні порушення	Інтегр-й показ-к за 23 основ. симптомам и	Інтегр-й показ-к за 10 вторин. симптомам и
Перфекціонізм, орієнтований на себе			-0,468** 0,000	-0,274* 0,019	-0,241* 0,040	
Проблеми з самооцінкою			-0,432** 0,000			
Стурбованість помилками						0,344** 0,003
Сумніви у власних діях	0,409** 0,000	0,288* 0,013	0,259* 0,027	0,340** 0,003	0,442** 0,000	0,299* 0,010
Самокритика						0,267* 0,022
Соціально-приписаний перфекціонізм						0,248* 0,035

Примітки: * – кореляція достовірна на рівні $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$

Як можна побачити з таблиці 2.5, між усіма шкалами перфекціонізму та вигорання існує статистично значущий кореляційний зв'язок. Шкала «Перфекціонізм, орієнтований на себе» має зворотний кореляційний зв'язок середньої сили зі шкалою «Когнітивні порушення» на високому рівні значущості, що вказує на достовірність результатів (ρ Спірмена = -0,468, $p < 0,01$). Ми також можемо спостерігати зворотні кореляційні зв'язки слабкої сили і на нижчому рівні значущості цієї шкали зі шкалами

«Емоційні порушення» (ρ Спірмена = $-0,274^*$, $p < 0,05$) та «Інтегральний показник за 23 основними симптомами» (ρ Спірмена = $-0,241$, $p < 0,05$). Ці результати можна інтерпретувати як такі, що респонденти, які встановлюють високі особисті стандарти і прагнуть відповідати їм у всіх починаннях, демонструючи найкращі результати, і які твердо переконані, що прихильність такому стремлінню є важливою для них, мають нижчий загальний показник вигорання, особливо щодо оцінки ризику когнітивних порушень і зниження здатності ефективно регулювати свої емоції та стани на роботі, – двох з чотирьох основних компонентів вигорання. Водночас, зворотний кореляційний зв'язок середньої сили зі шкалою «Когнітивні порушення» на високому рівні значущості (ρ Спірмена = $-0,432$, $p < 0,01$) наявний зі шкалою «Проблеми із самооцінкою». Звідси, можемо стверджувати, що респонденти, у яких самоцінність базується на можливості досягнення досконалості, що відбиває дотримання перфекціоністських стандартів, мають нижчі показники прояву порушень когнітивної сфери у робочій діяльності.

Також, можемо відзначити, що єдина шкала перфекціонізму, шкала «Сумніви у власних діях», статистично значуще пов'язана з усіма шкалами вигорання, як основними, так і додатковими. Як було встановлено, шкала «Сумніви у власних діях» має прямий зв'язок середньої сили зі шкалою «Виснаження», і прямі слабкі зв'язки зі шкалами «Емоційне відсторонення», «Когнітивні порушення», «Емоційні порушення», «Інтегральний показник за 10 вторинними симптомами». Водночас, відповідно, **існує** прямий зв'язок середньої сили зі шкалою «Інтегральний показник за 23 основними симптомами» (ρ Спірмена = $0,442^{**}$, $p < 0,01$), який, на нашу думку, є найсуттєвішим для визначення чинників розвитку синдрому вигорання як неподільного багатокомпонентного конструкту. Виявлені зв'язки дозволяють нам стверджувати, що ті респонденти, які переживають вищий рівень невизначеності стосовно своєї ефективності та продуктивності в досягненні результатів, та характеризуються більш гострим станом невпевненості стосовно правильності своїх дій та рішень, мають також більшу схильність до прояву ознак професійного вигорання у їхній сукупності, що

виражається відповідно у вищих показниках відчуття нестачі психічної і фізичної енергії щодо виконання робочих обов'язків, зниження уваги, мислення та пам'яті, а також психічної, мотиваційної відстороненості стосовно своєї роботи, зниження здатності до самоконтролю, підвищеної емоційної лабільності та збудливості у реакціях на робочі ситуації, підвищеного рівня дистресу та скарг психосоматичного характеру.

Результати кореляційного аналізу також показали, що дві шкали «Самокритика» та «Соціально приписаний перфекціонізм» мають слабкий позитивний кореляційний зв'язок зі шкалою «Інтегральна оцінка за 10-ма вторинними симптомами» (r_{rho} Спірмена = 0,267, $p < 0,05$ та r_{rho} Спірмена = 0,248, $p < 0,05$, відповідно). Цей взаємозв'язок означає, що ті респонденти, які схильні до жорсткої самокритики та негативної оцінки себе, коли їм не вдається досягти важкодосяжних критеріїв досконалості, а також ті, хто більш схильні сприймати соціальне оточення як джерело цих завищених вимог та очікувань, мають вищий рівень дистресу, включаючи такі ознаки, як відчуття напруженості, знервованості, м'язової скутості, болю в грудях, головного болю та проблем з травною системою.

Крім того, було встановлено, що існує статистично значущий, прямий, але слабкий зв'язок (r_{rho} Спірмена = 0,344, $p < 0,01$) між шкалою «Стурбованість помилками» та шкалою «Інтегральний показник за 10-ма вторинними симптомами». Це може означати, що респонденти, схильні сприймати очікувані помилки та результати, що не відповідають їхнім перфекціоністським стандартам, як невдачі, що призводить до надмірних негативних афективних реакцій, також схильні до прояву ознак психологічного дистресу та психосоматичних розладів, які, хоча і можуть в деяких випадках супроводжувати вигорання, однак не є його відмінною характеристикою, оскільки спостерігаються при інших психологічних та психічних розладах.

Також були отримані кореляційні зв'язки між емоційним інтелектом та вигоранням (табл.2.6).

Таблиця 2.6.

Кореляційні зв'язки між емоційним інтелектом та вигоранням

	Виснаження	Емоційне відсторонення	Когнітивні порушення	Емоційні порушення	Інтегр-й показ-к за 23 основн. симптома ми	Інтегр-й показ-к за 10 вторин. симптома ми
"Емоційна обізнаність"		-0,274* 0,019	-0,260* 0,026		-0,281* 0,016	
"Управління своїми емоціями"	-0,346** 0,003	-0,362** 0,002	-0,264* 0,024	-0,288* 0,014	-0,431** 0,000	
"Самотивація"	-0,354** 0,002	-0,321** 0,006	-0,429** 0,000		-0,430** 0,000	
"Емпатія"		-0,252* 0,032	-0,320** 0,006			
"Розпізнавання емоцій інших людей"		-0,305** 0,009	-0,284* 0,015			
Інтегральний рівень емоційного інтелекту	-0,343** 0,003	-0,424** 0,000	-0,413** 0,000	-0,271* 0,020	-0,463** 0,000	-0,240* 0,041

Примітки: * – кореляція достовірна на рівні $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$

Шкала «Виснаження» має обернений кореляційний зв'язок помірно слабкої сили зі шкалами «Управління своїми емоціями» та «Самотивація» - ($r_{\text{ho}} \text{ Спірмена} = -0,346^{**}$ $p < 0,01$ та $-0,346^{**}$ $p < 0,01$ відповідно). Респонденти, які краще управляють своїм психоемоційним станом, відчувають меншу нестачу енергії на роботі.

Простежуються обернені кореляційні зв'язки між шкалами «Емоційне відсторонення» та «Когнітивні порушення» з усіма шкалами емоційного інтелекту. Звідси, шкала «Емоційне відсторонення» має обернені зв'язки дуже слабкої сили зі

шкалами «Емоційна обізнаність» та «Емпатія», а зв'язки помірно слабкої сили зі шкалами «Управління своїми емоціями», «Самотивація» «Розпізнавання емоцій інших людей».

У нашому дослідженні такі результати відображають те, що респонденти, які мають вищі ознаки зниження вмотивованості вкладати енергетичні ресурси в роботу з проявом зниженого інтересу та прихильності до роботи і одночасним бажанням відсторонитися від неї, характеризуються вищим загальним рівнем емоційного інтелекту, де особливу роль грають більш розвинені навички регуляції та управління як власного психоемоційного стану, так і психоемоційних станів інших людей.

Також шкала «Когнітивні порушення» має кореляційні зв'язки з усіма шкалами вигорання. Це відображає те, що ті респонденти, які відрізняються більш високими показниками здатності до розпізнавання психоемоційних станів інших людей та є більш чутливими до їх емоційних потреб, а також мають більш виражені навички мобілізації мотиваційних зусиль для збереження самовладання, посилення зосередженості, позитивного налаштування, готовності долати перешкоди і підтримувати внутрішню рівновагу, мають знижені когнітивні функції у робочій діяльності.

При цьому загальний показник вигорання має обернений кореляційний зв'язок середньої сили високої достовірності (r_{ho} Спірмена = **-0,463****, $p < 0,01$) з інтегральним показником рівня емоційного інтелекту та шкалами «Управління своїми емоціями» та «Самотивація» (r_{ho} Спірмена = **-0,431****, $p < 0,01$ та r_{ho} Спірмена = **-0,430****, $p < 0,01$).

Також існує слабкий кореляційний зв'язок «Емоційної обізнаності» з трьома показниками вигорання: «Емоційним відстороненням», «Когнітивними порушеннями», «Інтегральним показником за 23 основними симптомами».

Отже, для вивчення проблеми чинників професійного вигорання важливим є дослідження ролі рівня емоційного інтелекту медиків, а саме внутрішньоособистісного аспекту, пов'язаного із саморегуляцією психоемоційного стану.

Були також виявлені кореляційні зв'язки між вигоранням та такими показниками, як вік, досвід агресивних впливів, стажем роботи (табл.2.7).

Таблиця 2.7.

Кореляції між віком, досвідом агресивних впливів, стажем роботи та вигоранням

	Виснаження	Емоційне відсторонення	Когнітивні порушення	Емоційні порушення	Інтегр-й показ-к за 23 основ. симптомами	Інтегр-й показ-к за 10 вторин. симптомами
Вік			-0,294* 0,012		-0,241* 0,040	
Загальний стаж медичної практики			- 0,368** 0,001		-0,265* 0,023	
Інтегральний показник досвіду агресивних впливів	0,351* *		0,345** 0,003	0,269* 0,022	0,320** 0,006	0,351** 0,002

Примітки: * – кореляція достовірна на рівні $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$

Як видно з таблиці 2.7, існують зв'язки практично між усіма показниками вигорання та досвідом агресивних впливів. Респонденти, які зазнають досвіду прямої та непрямой агресії з боку колег, мають вищі показники вигорання, де, скоріше за все, такий досвід знижує енергетичні ресурси і є джерелом дистресу, що позначається на когнітивних та емоційних дефіцитах, але не пов'язаний з відстороненістю від роботи і зростанням відрази до неї.

Також цікавим виявилось те, що сумніви у власних діях позитивно пов'язані зі стурбованістю щодо вимогливості оточення, яке сприймається як таке, що очікує від людини високих результатів та підвищеною схильністю розцінювати недосягнення високих результатів як поразки, які викликають надмірний негативний афект (табл. 2.8.).

Таблиця 2.8.

Додаткові кореляції

	Стурбованість помилками	Соціально-приписаний перфекціонізм	Загальний стаж медичної практики
Сумніви у власних діях	0,369** 0,001	0,371** 0,001	-0,323** 0,005

Примітки: * – кореляція достовірна на рівні $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$

Можемо припустити, що для медичних працівників важливо бути впевненими щодо власної продуктивності на роботі, і ті працівники, які переживають невизначеність щодо своїх дій та рішень у професійній сфері, яка відрізняється високим рівнем відповідальності та вимог до компетентності фахівця, а також конкуренції, особливо серед приватних закладів, з плином часу стають більш вразливими щодо розвитку вигорання. Звідси ми вважаємо, що подальші перспективи вивчення перфекціонізму як чинника вигорання мають бути розвинені з урахуванням самоефективності співробітника, як феномену, який дотичний до змісту компонента «сумніви у власних діях».

Підсумовуючи результати кореляційного аналізу, можна зробити наступні висновки:

1) Найбільш статистично значущим потенційним чинником вигорання медичних працівників може бути такий компонент самокритичного перфекціонізму, як сумніви у власних діях, який має прямий кореляційний зв'язок середньої сили з інтегральним показником вигорання на високу рівні достовірності. Також це єдиний компонент перфекціонізму, який має кореляційні зв'язки зі шкалою «Виснаження». Цей зв'язок є прямим, високого рівня значущості та середньої сили.

2) Рівень емоційного інтелекту є захисним фактором вигорання. Загальний рівень емоційного інтелекту може бути чинником вигорання, зокрема, вищі його показники мають обернені кореляційні зв'язки середньої сили високого рівня

значущості з загальним рівнем вигорання. Також такі шкали емоційного інтелекту як «Управління своїми емоціями» та «Самотивація» обернено корелюють з «Інтегральним показником вигорання» на достатній силі та достовірності. Проте, інший компонент внутрішньоособистісного емоційного інтелекту, - емоційна обізнаність, має незначний дуже слабкий зв'язок з загальним рівнем вигорання. Ми припускаємо, враховуючи результати аналізу авторської анкети, а також методики дослідження досвіду агресивних впливів, що для більшості респондентів різні конфлікти у взаємодії, відсутність взаємоповаги, недобррозичливе ставлення з боку колег та пацієнтів є істотним стресогеном і джерелом негативних емоцій. Щоб ефективно протидіяти стресорам, які виникають у міжособистісній взаємодії на регулярній основі, у яку медики, як представники соціономічної професії, включені протягом усього робочого дня, саме вміння оперативно відрегулювати свій стан, підтримувати внутрішню рівновагу і дистанціюватися від негативних переживань, не затримуючись на образах, має більшу вагу, ніж просто розпізнання і аналіз своїх переживань.

3) Варто відзначити, що потребує подальшого дослідження ~~чинник~~ показник досвіду агресивних впливів, який проявляється як у відкритій, так і у прихованій, пасивній агресії з боку колег. Ми встановили значущі прямі кореляційні зв'язки середньої сили між досвідом агресивних впливів, виснаженням, когнітивними порушеннями та загальним рівнем вигорання. Але ми не можемо стверджувати про напрям причинно-наслідкових зав'язків між досвідом агресивних впливів та розвитком вигорання.

Ми можемо припустити, що, з одного боку, медичні працівники, які відрізняються більш високими проявами психічної та фізичної втомлюваності на роботі, можуть мати проблеми з продуктивністю як на індивідуальному рівні, так і на рівні командної роботи, що може призвести до саботування успішності діяльності колективу і, звідси, провокувати неприязнь або, навіть, вороже ставлення з боку інших співробітників.

Але, з іншого боку, можна також припустити, що зіткнення з агресивним ставленням у міжособистісній взаємодії з колегами через будь-які інші причини може, навпаки, бути джерелом виснаження та когнітивних порушень, які виникають через нестачу психічних і фізичних ресурсів, зумовлену необхідністю працювати в несприятливому психологічному кліматі.

4) Роль відстороненості від роботи для відновлення сил, віку, статі, зарплати, робочого навантаження, стажу роботи потребує уточнення. Ми припускаємо, що буде доцільним використання інших статистичних аналізів на більшій вибірці.

Майбутні дослідження, на нашу думку, мають поглибити розуміння ролі фактору заробітної плати у розвитку професійного вигорання медиків, оскільки, хоча ми не виявили статистично значущих взаємозв'язків, які б стосувалися цього фактору, 64% респондентів підкреслили, що вища заробітна плата могла б зробити їхню роботу більш привабливою.

Вищезазначені змінні могли не мати статистичного значення в нашому дослідженні через особливості вибірки – більша частина медиків працює в приватному секторі, який відрізняється кращими умовами щодо рівня оплати праці та технічним забезпеченням, меншим потоком пацієнтів, а також ширшими можливостями підвищення кваліфікації за рахунок організації. Можливо для таких робітників приватний сектор пропонує вищу ресурсність робочого середовища та нижчі робочі вимоги у порівнянні з державним сектором, тому ризик розвитку вигорання менший.

Для перевірки нашої гіпотези стосовно чинників вигорання, нами був проведений лінійний множинний регресійний аналіз за стратегією покрокового включення змінних. Результати раніше проведеного кореляційного аналізу для виявлення значущих кореляцій були використані для відбору незалежних змінних, які могли б бути предикторами вигорання, яке виступало залежною змінною. Оскільки вигорання є багатовимірним конструктом, ми вирішили представити залежну змінну значеннями за шкалою "Інтегральний показник за 23 основними симптомами" з

опитувальника вигорання за Шауфелі (Work-related version of the BAT, W.B. Schaufeli, 2019).

Як видно з табл. 2.9., у регресійній Моделі 1, яка має найбільший коефіцієнт множинної кореляції (0,596) та Скорегований R-квадрат (**0,327**) поміж інших моделей, статистично значущими предикторами вигорання медичних працівників ($p < 0,05$, Додаток М) виявилися сумніви у власній продуктивності та невизначеність щодо дій і рішень та їх очікуваних наслідків, представлені змінною "Сумніви у власних діях", а також загальний рівень емоційного інтелекту та досвід міжособистісної агресії з боку інших працівників – змінна "Досвід агресивних впливів".

Таблиця 2.9.

Регресійні моделі для залежної змінної «інтегральний показник за 23 основними симптомами»

Модель	R (коефіцієнт множинної кореляції)	R ² (коефіцієнт детермінації)	Скорегований R ²	Стд. похибка оцінки
1	0,596 ^a	0,355	0,327	0,38440
2	0,560 ^b	0,314	0,284	0,39656
3	0,549 ^c	0,301	0,271	0,40012

- a- Предиктори: (константа) інтегральний рівень емоційного інтелекту, інтегральний показник досвіду агресивних впливів, сумніви у власних діях;
- b- Предиктори: (константа) сумніви у власних діях, перфекціонізм, орієнтований на себе, управління своїми емоціями;
- c- Предиктори: (константа) сумніви у власних діях, перфекціонізм, орієнтований на себе, самомотивація;
- d- Залежна змінна – інтегральний показник за 23 основними симптомами

Ця трифакторна регресійна модель пояснює 33 % дисперсії залежної змінної – вигорання (Скорегований R-квадрат = **0,327**), при цьому на неї припадає 67% помилки в оцінці.

Найбільшу вагу в Моделі 1 має змінна «Сумніви у власних діях» (0,117).

Моделі 2 та 3 також є трьохфакторними і статистично значущими ($p < 0,05$), див. Додаток М. Моделі 2 та 3 пояснюють 27-28% дисперсії вигорання, де 72-73% помилки в оцінці відображають впливи інших чинників. Ці моделі складаються зі змінних «сумніви у власних діях»,» перфекціонізм, орієнтований на себе» та змінної «управління своїми емоціями» – у моделі 2 і «самотивації» у моделі 3 відповідно. В обидвох моделях найбільшу вагу щодо прогнозування вигорання має чинник «Перфекціонізм, орієнтований на себе» – -0,164 та -0,149 відповідно (Додаток М).

Висновки до розділу 2

Отже, результати емпіричного дослідження вигорання показали, що більшість респондентів (53%) мають середній рівень вигорання, а 25% – високий рівень вигорання, а це означає, що навіть серед невеликої вибірки працівників, які переважно працюють у приватному секторі, що має кращі умови праці, проблема вигорання є актуальною. Можна стверджувати, що працівникам із середнім рівнем вигорання варто запропонувати дотримуватися психопрофілактичних рекомендацій, спрямованих на зменшення загострення окремих симптомів вигорання та запобігання його повномасштабному розвитку. Тим респондентам, для яких характерний високий рівень вигорання, окрім дотримання профілактичних рекомендацій, слід запропонувати більш цілеспрямовану психокорекційну допомогу.

Результати аналізу відповідей респондентів на запитання авторської анкети показали, що чинником, який міг би зробити роботу більш привабливою для лікарів, є гідна оплата праці. Більшість респондентів також вказали на бажання частіше працювати з доброзичливими, розуміючими і шанобливими колегами та пацієнтами. Гіпотези дослідження №1, №2, №4 частково підтвердились, гіпотеза №3 не підтвердилась. За результатами кореляційного та регресійного аналізу було виявлено такі чинники вигорання, як досвід агресивних впливів у колективі, рівень емоційного

інтелекту, де найважливішими його складовими були управління власними емоціями та самомотивація, а також такий компонент перфекціонізму, як сумніви щодо власних дій. Хоча навички саморегуляції психоемоційного стану, за нашими припущеннями, могли б бути захисними факторами вигорання, більшість респондентів відрізняються низьким рівнем їх розвитку. Водночас вік, стать, заробітна плата, загальний стаж медичної практики, баланс навантаження та рівень навантаження мали або дуже слабкий зв'язок із вигоранням, або не мали його взагалі.

Регресійний аналіз виявив, що чинниками вигорання є: загальний рівень розвитку емоційного інтелекту та навичок управління своїми емоціями і самомотивації, досвід агресивних впливів у колективі, невпевненість у власних діях та перфекціонізм, спрямований на себе. До професійного вигорання медиків найбільшою мірою призводять сумніви у власних діях та спрямований на себе перфекціонізм, що дозволяє стверджувати, що невпевненість у власній успішності є значущим чинником ризику, тоді як високі вимоги до себе та прагнення відповідати стандартам досконалості, навпаки, є захисним фактором. Побудовані математичні моделі можуть бути використані для прогнозування розвитку вигорання у медичних працівників, виявлення груп ризику та розробки адекватних профілактичних програм.

РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Оскільки одним із чинників вигорання виявився рівень вираженості сумнівів у власній продуктивності, який також має зворотні зв'язки з професійним стажем та прямі зв'язки із соціально приписаним перфекціонізмом і занепокоєнням щодо помилок, вважаємо за доцільне звернути увагу на можливості підвищення рівня самоефективності медичних працівників та подолання ірраціональних установок щодо страху не відповідати очікуванням оточуючих, а також сприйняття помилок як невдач. На індивідуальному рівні це може включати ведення щоденника успіху, коригування рівня домагань, навчання технікам рефреймінгу дезадаптивних переконань стосовно недосягнення досконалості, зміцнення впевненості в собі та позитивного образу «Я», використання афірмацій. Для посилення самоефективності також рекомендуємо застосування різних коучингових технік, спрямованих на критичний аналіз сильних і слабких сторін, розширення бачення проблемних ситуацій і постановку цілей на досягнення успіху. Наприклад, використання SWOT-аналізу та SMART-методик для визначення напрямків розвитку власної компетентності та шляхів її укріплення. Також медичні працівники можуть самостійно ознайомлюватись з психопросвітницькими матеріалами про ірраціональні установки для можливості їх ідентифікації та подальшої нейтралізації.

Більше того, результати нашого дослідження свідчать про певну захисну роль емоційного інтелекту у розвитку вигорання. Однак для більшості респондентів характерний низький рівень розвитку навичок управління власними емоціями та самомотивації, які, що важливо, виявилися найбільш значущими компонентами емоційного інтелекту в контексті схильності до вигорання. Отже, розвиток емоційного інтелекту лікарів має бути спрямований на вдосконалення навичок управління психоемоційним станом та довільного гальмування і контролю негативних станів,

вміння викликати, модулювати інтенсивність і тривалість переживання станів, сприятливих для виконання діяльності, підвищення емоційної гнучкості, самоусвідомлення, креативності мислення та зниження рівня румінативного мислення. Ми вбачаємо доцільним для досягнення наведених цілей практикувати ведення щоденника емоцій, майдфулнес прийомів, застосування техніки переключення уваги, навчання дихальним технікам, навичкам позитивної переоцінки, саногенного мислення, використання прийомів аутогенного тренування, прогресивної м'язової релаксації, систематичної десенсибілізації, самонавіювання. Для розвитку навичок вербалізації та проживання емоцій пропонуємо застосовувати техніку експресивного листа, техніка «Порожній стілець», арт-терапевтичні техніки, ведення щоденника як метод біблотерапії. Рефлексія індивідуальних реакцій на ситуації фрустрації та визначення домінуючих стратегій емоційної регуляції також сприяє розвитку впевненості в собі та здатності ефективно управляти психоемоційними станами.

Також було виявлено, що для більшості респондентів важливим є спілкування з позитивно налаштованими людьми та конструктивна взаємодія на роботі. Ми вважаємо, що досягнення позитивних емоцій у процесі спілкування з оточуючими можливе через розвиток асертивної позиції медичного працівника, ознайомлення з бар'єрами у спілкуванні та способами їх послаблення, а також удосконалення навичок управління конфліктами. Вміння вирішувати непорозуміння та спрямовувати їх у позитивне русло разом із здатністю зберігати душевну рівновагу забезпечить підвищення стресостійкості та адаптивності медика. На організаційному рівні доцільно проводити відповідні тренінги для підвищення комунікативної та конфліктологічної компетентності, толерантності, зміцнення соціально-психологічного клімату, посилення згуртованості, ефективності командної роботи та профілактики мобінгу. Необхідно також забезпечити надання медикам з невеликим досвідом роботи або новачкам в колективі належної інформаційної підтримки з боку більш досвідчених колег та керівництва.

ВИСНОВКИ

1. Отже, в ході нашого дослідження було виявлено, що проблема вигорання породжує багато дискусій в наукових колах і на сьогоднішній момент немає єдиного загальноприйнятого підходу до його розуміння. Основними концепціями для вивчення вигорання є: концепція вигорання У. Шауфелі (Schaufeli, 2019), «Модель дисбалансу між зусиллями та винагородою» (Siegrist, 1996;2017), Модель медіації (Maslach and Leiter, 1997) (друга назва – «The areas of worklife model of burnout»), «Модель компенсації та відновлення індукованого вимогами напруження» (DISC-R, The Demand-Induced Strain Compensation Recovery Model) (De Jonge et al., 2014). Ми спиралися в нашому дослідженні на найбільш сучасний підхід до розуміння вигорання – концепцію У.Шауфелі, яка інтегрує в собі елементи клінічного та організаційного підходів в психології: вигорання – це пов'язаний з роботою стан виснаження, що виникає у працівників, який характеризується надзвичайною втомою, зниженням здатності регулювати когнітивні та емоційні процеси, психічним дистанціюванням, а також супроводжується пригніченим настроєм, неспецифічними психологічними та психосоматичними симптомами дистресу.

2. В результаті побудови авторської теоретичної моделі було виділено три групи чинників вигорання медиків: інтраособистісні, інтерособистісні та екстраособистісні. *Інтраособистісні* чинники вигорання включають характеристики медичних працівників, які виникають на рівні окремої особистості як системи (соціально-демографічні, що включають вік, стать, рівень освіти; індивідуально-психологічні, що можуть бути представлені особливостями копінг-поведінки, типом особистості «А» та «Д», рівнем перфекціонізму, характеристиками емоційного інтелекту; професійно-особистісні, що відображають специфіку професійної спеціальності, досвіду роботи, професійні ціннісно-сміслові орієнтації медика; життєво-стильові чинники, які можуть забезпечувати буферизацію робочого стресу: баланс робота-життя, режим сну, здорове харчування чи його нестача, фізична активність, хобі). *Інтерособистісні*

чинники – соціально-психологічна підгрупа чинників вигорання медичних працівників, які виникають у результаті взаємодії медичного працівника з іншими людьми, тобто в контексті його включення у різноманітні ситуації соціальної взаємодії (особливості міжособистісних стосунків медичного працівника з колегами, керівництвом, пацієнтами та їхніми родичами тощо. Це характер горизонтальних і вертикальних взаємин на робочому місці, особливості соціально-психологічного клімату на робочому місці, поведінка пацієнтів, з якими працюють медичні працівники. *Екстраособистісні чинники* – це особливості зовнішнього середовища на більш віддаленому рівні: організаційно-економічні чинники, як включають особливості системи організації праці, управління та мотивації, а саме: характеристики робочого навантаження, режим праці та відпочинку, матеріальна та нематеріальна винагорода, визначеність або невизначеність ролей та функціональних обов'язків, рівень автономії працівника. Також ми пропонуємо віднести до цього рівня підгрупу професійно-культурних чинників, які можуть бути джерелом робочого стресу представників медичної професії: культура презентеїзму, культура самопожертви та культура перфекціонізму.

3. Результати емпіричного дослідження вигорання встановили, що більшість респондентів (53%) мають середній рівень вигорання – перебувають в зоні ризику розвитку вигорання, але, скоріше за все, ще не мають сформованого вигорання, а 25% - мають високий рівень вигорання, високу вірогідність перебування на початкових стадіях вигорання, ще не яскраво вираженого, або мають вже достатньо виражене вигорання, що вимагає корекції. Такі показники обумовлюють актуальність розроблення психологічних профілактичних рекомендацій, які включають способи розвитку емоційного інтелекту та комунікативної компетентності, підвищення впевненості в собі, самоефективності. Аналіз відповідей респондентів за авторською анкетой показав, що привабливість роботи для медиків може підвищити збільшення оплати праці, а потенційним стресогенним чинником може бути нестача взаємоповаги, взаєморозуміння, доброзичливості у спілкуванні з колегами та пацієнтами.

Гіпотези дослідження №1, №2, №4 частково підтвердились, гіпотеза №3 не підтвердилась. За результатами кореляційного та регресійного аналізу було виявлено такі чинники вигорання, як досвід агресивних впливів у колективі, рівень емоційного інтелекту, де найвагомішими його складовими були навички саморегуляції психоемоційного стану та самомотивації для підвищення власної продуктивності, а також компоненти перфекціонізму – як сумніви щодо власних дій. Водночас вік, стать, заробітна плата, загальний стаж медичної практики, баланс навантаження та рівень навантаження мали або дуже слабкий зв'язок із вигоранням, або не мали його взагалі.

Побудовані математичні моделі з використанням методу множинної лінійної регресії відображають такі чинники вигорання: загальний рівень розвитку емоційного інтелекту та навичок управління своїми емоціями і самомотивації, досвід агресивних впливів у колективі, сумніви у власних діях та перфекціонізм, орієнтований на себе. Встановлено, що професійне вигорання медиків найбільше зумовлене чинником сумнівів у власній успішності, що є чинником ризику вигорання, та перфекціонізмом, орієнтованим на себе, який відображає високі вимоги до себе та прагнення відповідати стандартам досконалості і є захисним чинником.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Т. 6, № 2. С. 1–14. URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/295>.
2. Грубі Т. В. Адаптація психодіагностичної методики «Велика тривимірна шкала перфекціонізму». Організаційна психологія. Економічна психологія. 2018. Т. 2, № 13. С. 24–34. URL: <http://www.orgpsy-journal.in.ua/index.php/oper/article/view/83>.
3. Максименко С. Д., Кокун О. М., Тополов Є. В. Адаптація психодіагностичних методик: Шкала професійної стресованості та Шкала професійної завантаженості. Практична психологія та соціальна робота. 2012. № 5. С. 34–37. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/1663>.
4. Максименко С. Д., Кокун О. М., Тополов Є. В. Адаптація психодіагностичних методик: Шкала досвіду агресивних впливів, Шкала професійної автономності та Шкала професійної мобільності. Практична психологія та соціальна робота. 2011. № 3. С. 25–31. URL: <https://core.ac.uk/reader/19596300>.
5. Ткалич М. Г. Психологія гендерної взаємодії персоналу організацій : монографія. Київ – Запоріжжя : ЗНУ, 2015. 315 с.
6. Яцюк М. Емоційний інтелект особистості (на хвилі Нової української школи) : навч. -метод посіб. Вінниця : Вид-во «Діло», 2019. 105 с.
7. Alligood M. R. Nursing Theorists and Their Work. 8th ed. St. Louis : Mosby, 2014. 768 p.
8. Association between physician burnout and self-efficacy among rural physicians in Liaoning, China / J. Guo et al. Health Professions Education and Research. 2021. Vol. 1, no. 1. P. 1–21. URL: <https://www.hksmp.com/journals/hper/article/view/18> .
9. Azam K., Khan A., Alam M. T. Causes and adverse impact of physician burnout: a systematic review. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2017. Vol. 27, no. 8. P. 495–501. URL: <https://www.jcpsp.pk/archive/2017/Aug2017/10.pdf> .

10. Bridgeman P. J., Bridgeman M. B., Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health-Syst Pharm*. 2018. Vol. 75, no. 3. P. 147–152. URL: <https://doi.org/10.2146/ajhp170460> .
11. Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross-sectional survey / M. Howlett et al. *Emergency Medicine Journal*. 2015. Vol. 32, no. 9. P. 722–727. URL: <https://doi.org/10.1136/emmermed-2014-203750> .
12. Burnout, communication skills and self-efficacy in emergency and critical care health professionals / J. L. Lozano et al. *Enfermería Global*. 2020. Vol. 19, no. 3. P. 81–92. URL: <https://doi.org/10.6018/eglobal.381641> .
13. Burnout, stress and Type D personality amongst hospital/emergency physicians / F. Somville et al. *Int Arch Occup Environ Health*. 2022. Vol. 95, no. 2. P. 389–398. URL: <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01766-z> .
14. Choi H., Ha Y., Yang S. Relationships among emotional labor, self efficacy, and burnout of employees in public health centers. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*. 2016. Vol. 25, no. 1. P. 75–83. URL: <https://doi.org/10.5807/kjohn.2016.25.1.75> .
15. de Jonge J., Dormann C. Why Is My Job So Stressful? Characteristics, processes and models of stress at work. *An Introduction to Work and Organizational Psychology: An International Perspective* / ed. by N. Chmiel, F. Fraccaroli, M. Sverke. 3rd ed. New York, 2017. P. 80–101. URL: <https://doi.org/10.1002/9781119168058.ch5> .
16. Edú-Valsania S., Laguía A., Moriano J. A. Burnout: a review of theory and measurement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19, no. 3. P. 1780. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>.
17. Fida R., Laschinger H. K. S., Leiter M. P. The protective role of self-efficacy against workplace incivility and burnout in nursing: A time-lagged study. *Health care management review*. 2018. Vol. 43, no. 1. P. 21–29. URL: <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000126> .

18. Grow H. M., McPhillips H. A., Batra M. Understanding physician burnout. *Current problems in pediatric and adolescent health care*. 2019. Vol. 49, no. 11. P. 100656. URL: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100656> .
19. Healing the professional culture of medicine / T. D. Shanafelt et al. *Mayo Clinic Proceedings*. 2019. Vol. 94, no. 8. P. 1556–1566. URL: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.03.026> .
20. Individual vulnerability to burnout in nurses: The role of Type D personality within different nursing specialty areas / N. Geuens et al. *Burnout Research*. 2015. Vol. 2, no. 2-3. P. 80–86. URL: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.05.003> .
21. Jackson-Koku G., Grime P. Emotion regulation and burnout in doctors: a systematic review. *Occupational Medicine*. 2019. Vol. 69, no. 1. P. 9–21. URL: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz004> .
22. Job burnout among healthcare workers–The impact of the COVID-19 pandemic / M. Wlazło et al. *Applied Psychology Research*. 2024. Vol. 3, no. 1. P. 359. URL: <https://doi.org/10.59400/apr.v3i1.359> .
23. Job Burnout and Related Factors among Health Sector Employees / E. Bazmi et al. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 14, no. 4. P. 309–316. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32071605/> .
24. Kinman G., Dovey A., Teoh K. Burnout in healthcare: risk factors and solutions. London : The Society of Occupational Medicine, 2023. 37 p. URL: https://www.som.org.uk/sites/som.org.uk/files/Burnout_in_healthcare_risk_factors_and_solutions_July2023_0.pdf .
25. Maslach C., Leiter M. AREAS OF WORKLIFE: A STRUCTURED APPROACH TO ORGANIZATIONAL PREDICTORS OF JOB BURNOUT. *Research in Occupational Stress and Well Being* / ed. by P. L. Perrewe, D. C. Ganster. Leeds, 2003. Vol. 3 : Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies. P. 91–134. URL: [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(03\)03003-8](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(03)03003-8) .

26. Message applications in the doctor-patient relationship as a stressor / M. G. Veiga et al. *Rev Assoc Med Bras.* 2022. Vol. 68, no. 9. P. 1228–1233. URL: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20220253> .
27. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners / A. B. Bakker et al. *Journal of Organizational Behavior.* 2000. Vol. 21, no. 4. P. 425–441. URL: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(200006\)21:4%3C425::AID-JOB21%3E3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(200006)21:4%3C425::AID-JOB21%3E3.0.CO;2-#) .
28. Perfectionism and burnout in health care professionals / M. Robakowska et al. *Emergency Medical Service. Ratownictwo Medyczne.* 2021. Vol. 8, no. 4. P. 219–224. URL: <https://doi.org/10.36740/EmeMS202104103>.
29. Perfectionism as a predictor of physician burnout / S. R. Martin et al. *BMC Health Services Research.* 2022. Vol. 22, no. 1. P. 1425. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08785-7> .
30. Prevalence, risk factors and prevention of burnout syndrome among healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses / F. Chirico et al. *Journal of Health and Social Sciences.* 2021. Vol. 6, no. 4. P. 465–491. URL: <https://doi.org/DOI:10.19204/2021/prvl3> .
31. Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors / M. Shimizutani et al. *Ind Health.* 2008. Vol. 46, no. 4. P. 326–335. URL: <https://doi.org/DOI:10.2486/indhealth.46.326> .
32. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies / N. van Vegchel et al. *Social Science & Medicine.* 2005. Vol. 60, no. 5. P. 1117–1131. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.043> .
33. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession / G. Cañadas-De la Fuente et al. *Int J Nurs Stud.* 2015. Vol. 52, no. 1. P. 240–249. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001> .

34. Rothenberger D. A. Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2017. Vol. 60, no. 6. P. 567–576. URL: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000844> .
35. Schaufeli W. B., Leiter M. P., Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International*. 2009. Vol. 14, no. 3. P. 204–220. URL: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1108/13620430910966406> .
36. Schaufeli W., De Witte H., Desart S. *Manual Burnout Assessment Tool (BAT) – Version 2.0*. Leuven : KU Leuven, 2020. 143 p. URL: <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/Test-Manual-BAT-English-version-2.0-1.pdf> .
37. Sharp G., Bourke L., Rickard M. J. F. X. Review of emotional intelligence in health care: an introduction to emotional intelligence for surgeons. *ANZ journal of surgery*. 2020. Vol. 90, no. 4. P. 433–440. URL: <https://doi.org/10.1111/ans.15671> .
38. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996. Vol. 1, no. 1. P. 27–41. URL: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1076-8998.1.1.27>.
39. Siegrist J. Effort-Reward Imbalance Model. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* / ed. by G. Fink. London, 2016. P. 81–86. URL: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00009-1> .
40. The moderating role of resilience on the relationship between self-efficacy and burnout among physicians / N. Aftab et al. *Journal of Positive School Psychology*. 2023. Vol. 7, no. 1. P. 172–179. URL: https://www.researchgate.net/publication/372889907_The_moderating_role_of_resilience_on_the_relationship_between_self-efficacy_and_burnout_among_physicians .
41. The Relationship between Burnout Syndrome and Emotional Intelligence in Healthcare Professionals / E. M. Vlachou et al. *Health Science Journal*. 2016. Vol. 10, no. 5. P. 1–9. URL: <https://www.itmedicalteam.pl/articles/the-relationship-between-burnout-syndrome-and-emotional-intelligence-in-healthcare-professionals-105908.html> .

42. The relationship between burnout, personality traits, and medical specialty. A national study among Dutch residents / D. Prins et al. *Med Teach*. 2019. Vol. 41, no. 5. P. 584–590. URL: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1514459> .
43. van Dam A. A clinical perspective on burnout: diagnosis, classification, and treatment of clinical burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2021. Vol. 30, no. 5. P. 732–741. URL: <https://doi.org/10.1080/1359432X.2021.1948400> .
44. What are the significant factors associated with burnout in doctors? / E. Amofo et al. *Occupational Medicine*. 2015. Vol. 65, no. 2. P. 117–121. URL: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu144> .
45. Wong A. M. F. Beyond burnout: looking deeply into physician distress. *Canadian Journal of Ophthalmology*. 2020. Vol. 55, no. 3. P. 7–16. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2020.01.014> .
46. Work stress, burnout, and perceived quality of care: a cross-sectional study among hospital pediatricians / M. Weigl et al. *European journal of pediatrics*. 2015. Vol. 174, no. 9. P. 1237–1246. URL: <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2529-1>.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Work-related version of the BAT (переклад О. Вельдбрехт)

Інструкція: Наступні твердження стосуються Ваших умов роботи і того, як Ви себе в них відчуваєте. Будь ласка вкажіть як часто кожне твердження стосується Вас.

Оцінювання:

Ніколи	Рідко	Час від часу	Часто	Завжди
1	2	3	4	5

Основні симптоми

Виснаження

1. На роботі я відчуваю себе морально виснаженим
2. Будь-яка задача на роботі потребує чимало зусиль
3. Після робочого дня мені важко відновити енергію
4. На роботі я відчуваюсь фізично знесиленим
5. Коли я прокидаюсь зранку, мені бракує енергії почати новий робочий день
6. Я хочу бути активним на роботі, але чомусь не можу себе змусити
7. Коли я докладую зусилля до роботи чи навчання, то швидко втомлююсь
8. Наприкінці робочого дня я відчуваюсь емоційно виснаженим та спустошеним

Емоційне відсторонення

9. Мені важко віднайти в собі хоч якийсь запал до роботи (навчання)

10. На роботі я не замислююся про свої дії та працюю на автопілоті

Продовження ДОДАТКА А

11. Відчуваю стійку відразу до своєї роботи

12. Я досить цинічно ставлюся до своєї роботи

13. Мені байдуже, що моя робота значить для інших людей

Когнітивні порушення

14. Мені важко зосередитися на роботі чи навчанні

15. На роботі мені важко мислити ясно

16. На роботі я забудькуватий та легко відволікаюся

17. У мене виникають проблеми з концентрацією уваги

18. Я роблю помилки в роботі, оскільки думаю про сторонні речі

Емоційні порушення

19. На роботі я відчуваю, що не в змозі контролювати свої емоції

20. Я не впізнаю себе у тому, як емоційно я реагую на події

21. Я стаю дратівливим, коли справи йдуть не по-моєму

22. Я можу засмутитися чи розізлитися, сам не знаючи чому

23. На роботі я можу ненавмисно перегнути палицю (реагувати надмірно гостро)

Другорядні симптоми

Психологічні скарги

1. Мені важко заснути, я прокидаюся вночі

2. Я схильний хвилюватися

3. Я почуваюся напруженим і знервованим

4. Я відчуваю тривогу та/або страждаю від нападів паніки

5. Шум і натовп мене непокоять

Продовження ДОДАТКА А

Психосоматичні скарги

6. Я страждаю від прискореного серцебиття та болю в грудях

7. Я мю проблеми зі шлунком та/або кишечником

8. Я страждаю від головного болю

9. Мене турбує біль у м'язах, наприклад в шиї, плечах та спині

10. Я часто хворію

**Опитувальник з визначення балансу «робота – життя» персоналу
Організацій (М. Г. Ткалич)**

Інструкція: оцініть, будь ласка, Ваше ставлення до запропонованих суджень відносно організації вашої роботи на підприємстві, на якому ви працюєте, за шкалою:

- 1 — повністю не згоден
- 2 — згоден в малому ступені
- 3 — згоден майже на половину
- 4 — згоден наполовину
- 5 — згоден більше ніж на половину
- 6 — згоден майже повністю
- 7 — згоден повністю

№	Твердження опитувальника	оцінка
1	Я не можу відділити роботу від вільного часу	
2	Я доступний для роботи 24 години на добу	
3	Я думаю про роботу, коли я не на роботі	
4	Мені складно виділити час для відпустки	
5	Працюючи, мені важко задовольняти моє бажання спілкуватися з родиною та мати вільний час	
6	Я впливаю на зміст моєї роботи	
7	Я можу вільно планувати свою роботу	
8	Моя робота цікава та складна	
9	Моя робота передбачає відрядження	
10	За потреби я можу взяти відгул	
11	У мене занадто багато робочих завдань	
12	Мені доводиться мати справу з багатьма проблемами протягом робочого дня	
13	Мої найближчі колеги також і мої друзі	
14	Мій керівник підтримує мене	
15	Я не відчуваю самотнім на роботі	
16	Робота задовільняє мою потребу у соціальних контактах	

Опитувальник «Велика тривимірна шкала перфекціонізму» (The Big Three Perfectionism Scale)

Інструкція для учасників дослідження

Будь ласка, уважно прочитайте твердження та оцініть ступінь Вашої згоди чи незгоди з кожним пунктом, використовуючи запропоновану шкалу відповідей. Якщо Ви повністю не погоджуєтесь з твердженням, обведіть «1»; якщо частково – «2»; якщо Вам важко визначитися, обведіть «3»; якщо частково погоджуєтесь, обведіть «4»; а якщо повністю – обведіть «5».

Твердження	Відповідь
1 Я намагаюся бути настільки досконалим, наскільки це можливо	1 2 3 4 5
2 Для себе я ніколи не погоджуюся на менше, ніж досконале	1 2 3 4 5
3 Для мене важливо бути досконалим в усьому, що я розпочинаю	1 2 3 4 5
4 Я роблю справу ідеально або не роблю взагалі	1 2 3 4 5
5 Мені завжди потрібно прагнути до ідеалу для того, щоб відчувати свою правоту	1 2 3 4 5
6 Я не зможу себе поважати, якщо припиню прагнути досконалості	1 2 3 4 5
7 Моя самооцінка залежить від можливості бути досконалим	1 2 3 4 5
8 Прагнення вдосконалюватись, наскільки це можливо, дає мені відчуття потрібності	1 2 3 4 5
9 Моя самооцінка пов'язана з можливістю бути досконалим	1 2 3 4 5
10 Коли я помиляюсь, то відчуваю себе невдахою	1 2 3 4 5
11 Я відчуваю тривогу через можливість зробити помилку	1 2 3 4 5
12 Мене лякає сама навіть думка про помилку	1 2 3 4 5
13 Коли я помічаю, що зробив помилку, мені соромно	1 2 3 4 5
14 Я засмучуюсь, зробивши навіть незначну помилку	1 2 3 4 5

Продовження ДОДАТКА В

15 Я сумніваюсь у більшості своїх вчинків	1 2 3 4 5
16 Я відчуваю невпевненість щодо більшості справ, які я роблю	1 2 3 4 5
17 Я маю сумніви щодо всього, що б я не робив	1 2 3 4 5
18 Я завжди невпевнений у правильності своїх вчинків/рішень	1 2 3 4 5
19 Я схильний сумніватися у правильності своїх дій/вчинків	1 2 3 4 5
20 Я ставлюсь до себе критично, коли роблю щось недосконало	1 2 3 4 5
21 Коли мій виступ недосконалий, зазвичай, я злюся на себе	1 2 3 4 5
22 Я почуваюся розчарованим в собі, коли не роблю щось досить добре	1 2 3 4 5
23 Мені важко собі пробачити, коли моя робота недосконала	1 2 3 4 5
24 Люди занадто багато очікують від мене	1 2 3 4 5
25 Люди розчаровуються в мені, коли я роблю щось недосконало	1 2 3 4 5
26 Оточуючі занадто багато вимагають від мене	1 2 3 4 5
27 Усі вважають, що я маю бути найкращим	1 2 3 4 5
28 Я вимагаю досконалості від моєї родини та друзів	1 2 3 4 5
29 Все, що роблять інші, має бути бездоганним	1 2 3 4 5
30 Я очікую, що близькі мені люди повинні бути досконалими	1 2 3 4 5
31 Люди скаржаться, що я очікую занадто багато від них	1 2 3 4 5
32 Для мене важливо, щоб оточуючі робили свою справу бездоганно	1 2 3 4 5
33 Я схильний критикувати недоліки інших людей	1 2 3 4 5
34 Я розчаровуюсь, коли інші люди припускаються помилок	1 2 3 4 5
35 Я незадоволений людьми, навіть якщо вони зробили все, що могли	1 2 3 4 5
36 Я одразу вказую на недоліки іншим людям	1 2 3 4 5
37 Я заслуговую на особливе ставлення до себе	1 2 3 4 5
38 Я вважаю, що оточуючі повинні порушувати правила заради мене	1 2 3 4 5
39 Мене бентежить, коли інші люди не помічають мою досконалість	1 2 3 4 5

Закінчення ДОДАТКА В

40 Я заслуговую на те, щоб завжди все було по-моєму	1 2 3 4 5
41 Я найкращий в тому, що я роблю	1 2 3 4 5
42 Я знаю, що я досконалий	1 2 3 4 5
43 Інші люди таємно заздять моїй досконалості	1 2 3 4 5
44 Інші люди визнають мою перевагу над ними	1 2 3 4 5

Шкала досвіду агресивних впливів

ІНСТРУКЦІЯ: За допомогою наведених нижче запитань оцініть, наскільки часто співробітник(и) на Вашій роботі поведився подібним чином по відношенню до Вас, відмітивши відповідну клітинку.

- 1) робили гнівні жести (наприклад, погрожували кулаком, “кидали” сердиті погляди);
- 2) наміряно уникали Вас;
- 3) подавали Вас іншим у “поганому світлі”;
- 4) кричали або підвищували голос;
- 5) відмовляли Вам в інформації;
- 6) саботували Вашу роботу;
- 7) непристойно ляляли Вас;
- 8) відмовляли у необхідних для Вашої роботи ресурсах (устаткуванні, постачанні і т.д.);
- 9) фізично на Вас нападали;
- 10) використовували ворожу “мову” тіла;
- 11) кривдили чи критикували Вас (у тому числі й саркастично);
- 12) не хотіли виправляти помилкову інформацію щодо Вас;
- 13) перебивали Вас чи не давали висловитися в розмові;
- 14) різко висловлювався Вам “в обличчя”;
- 15) розповсюджували слухи;
- 16) загрозували;
- 17) пошкоджували Вашу власність;
- 18) пліткували чи розповідали іншим про Вашу негативну поведінку;
- 19) принижували Вашу думку перед іншими;
- 20) не хотіли з Вами розмовляти (демонстративно ігнорували Ваші усні звертання до них).

Шкала професійної завантаженості

Для оцінки досліджуваному пропонується п'ятибальна шкала:

- “ніколи, або рідше, ніж раз на місяць” – 1 бал;
- “один або два рази на місяць” – 2 бали;
- “один або два рази на тиждень” – 3 бали;
- “один або два рази на день” – 4 бали;
- “декілька разів на день” – 5 балів.

ІНСТРУКЦІЯ: Прочитайте уважно кожне запитання відносно рівня Вашого робочого навантаження. Потім виберіть одну найточнішу на нього відповідь, позначивши відповідну клітинку.

	1	2	3	4	5
1. Як часто Вам доводиться працювати дуже швидко?					
2. Як часто Вам доводиться працювати дуже напружено?					
3. Як часто Ви відчуваєте дефіцит часу, щоб зробити роботу?					
4. Як часто у Вас занадто багато роботи, щоб її зробити?					
5. Як часто Вам доводиться робити більше роботи, ніж Ви в стані зробити добре ?					

ТЕСТ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ EQ

Інструкція. Нижче наведені висловлювання, які так чи інакше відображають різні сторони життя. Праворуч від кожного твердження напишіть цифру, виходячи з вашого ступеня згоди з ним: повністю не згоден (-3 бали); в основному не згоден (-2 бали); переважно не згоден (-1 бал); частково згоден (+1 бал); в основному згоден (+2 бали); повністю згоден (+3 бали).

1. Для мене як негативні, так і позитивні емоції служать джерелом знання про те, як чинити в житті.
2. Негативні емоції допомагають мені зрозуміти, що я повинен змінити у своєму житті.
3. Я спокійний, коли відчуваю тиск від інших.
4. Я здатний спостерігати зміни своїх почуттів.
5. Коли необхідно, я можу бути спокійним і зосередженим, щоб діяти відповідно до запитів життя.
6. Коли необхідно, я можу викликати у себе широкий спектр позитивних емоцій, таких як веселощі, радість, внутрішній підйом і гумор.
7. Я стежу за тим, як я себе відчуваю.
8. Після того як щось засмутило мене, я можу легко впоратися зі своїми почуттями.
9. Я здатний вислуховувати проблеми інших людей.
10. Я не зациклююсь на негативних емоціях.
11. Я чутливий до емоційних потреб інших.
12. Я можу діяти на інших людей заспокійливо.
13. Я можу змусити себе знову і знову встати перед обличчям перешкоди.
14. Я намагаюся підходити до життєвих проблем творчо.
15. Я адекватно реагую на настрої, спонукання і бажання інших людей.
16. Я можу легко входити в стан спокою, готовності і зосередженості.
17. Коли дозволяє час, я звертаюся до своїх негативних почуттів і

Продовження Додатку Ж

розбираюся, в чому проблема.

18. Я здатний швидко заспокоїтися після несподіваного засмучення.

19. Знання моїх справжніх почуттів важливе для підтримки "гарної форми".

20. Я добре розумію емоції інших людей, навіть якщо вони не виражені відкрито.

21. Я можу добре розпізнавати емоції за виразом обличчя.

22. Я можу легко відкинути негативні почуття, коли необхідно діяти.

23. Я добре вловлюю знаки у спілкуванні, які вказують на потреби інших людей.

24. Люди вважають мене добрим знавцем переживань інших.

25. Люди, які усвідомлюють свої справжні почуття, краще управляють своїм життям.

26. Я здатний поліпшити настрій інших людей.

27. Зі мною можна порадитися з питань відносин між людьми.

28. Я добре налаштовуюся на емоції інших людей.

29. Я допомагаю іншим використовувати їх спонукання для досягнення особистих цілей.

30. Я можу легко відключитися від переживання неприємностей.

Авторська анкета

Інструкція:

Наведені нижче запитання призначені для виявлення особливостей Вашого індивідуального досвіду роботи в медичній сфері. Будь ласка, намагайтеся відповідати відверто і щиро. А також відповідайте так, як Ви особисто вважаєте (відчуваєте) за потрібне. Уважно читайте кожне запитання. Будь ласка, намагайтеся відповідати лаконічно та так, як Вам перше спало на думку. Дякуємо!

1. Вкажіть Вашу медичну спеціалізацію _____
2. Заклад, в якому Ви працюєте _____
3. Вкажіть загальний стаж Вашої медичної практики _____ повних років.
4. Ваша посада у закладі, де Ви працюєте: _____
5. З чим би Ви хотіли частіше/більше стикатися у своїй роботі/робочому середовищі? _____
6. З чим би Ви хотіли рідше/менше стикатися у своїй роботі/робочому середовищі? _____
7. Що може зробити Вашу роботу більш привабливою для Вас? _____
8. Ваша місячна заробітна плата:
 - До 10 000 грн
 - 10 000- 15 000 грн
 - 15 000 – 20 000 грн
 - 20 000 – 25 000 грн
 - 25 000 – 30 000 грн
 - 35 000 – 40 000 грн
 - 40 000 – 45 000 грн
 - 50 000 – 55 000 грн
 - 55 000 – 60 000 грн
 - 60 000 – 65 000 грн
 - Більше 65 000 грн

Описові статистики за даними дослідження

Описательные статистики

	N	Діапазон	Мінімум	Максимум	Середнє значення		Стандартна відхилення	Дисперсія
	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика	Стандартна Помилка	Статистика	Статистика
Вік	73	51	24	75	46,60	1,311	11,197	125,382
Загальний стаж медичної практики	73	55,0	2,0	57,0	23,993	1,1996	10,2492	105,045
Заробітна плата	73	10	1	11	4,18	,255	2,175	4,732
Перфекціонізм, орієнтований на себе	73	3,00	2,00	5,00	3,9486	,08696	,74298	,552
Проблеми з самооцінкою	73	3,8	1,2	5,0	3,625	,1206	1,0306	1,062
Стурбованість помилками	73	4,0	1,0	5,0	3,532	,1161	,9923	,985
Сумніви у власних діях	73	4,0	1,0	5,0	2,277	,1316	1,1248	1,265
Самокритика	73	4,00	1,00	5,00	3,4281	,11556	,98731	,975
шкала "Виснаження"	73	2,500	1,375	3,875	2,57877	,066039	,564236	,318
Соціально-приписаний перфекціонізм	73	4,00	1,00	5,00	2,7808	,10447	,89263	,797
шкала "Емоційне відсторонення"	73	2,2	1,0	3,2	1,816	,0680	,5810	,338
шкала "Емоційні порушення"	73	2,4	1,0	3,4	2,000	,0612	,5228	,273
шкала "Когнітивні порушення"	73	2,0	1,0	3,0	1,838	,0650	,5554	,309
Інт-ий показник за 10 вторинними симптомами	73	2,5	1,0	3,5	2,507	,0679	,5803	,337
Інт-ий показник за 23 основними симптомами	73	2,25	1,00	3,25	2,0719	,05485	,46860	,220
шкала відсутність балансу навант-я	73	30,0	5,0	35,0	15,712	,9453	8,0769	65,236
Рівень професійної завантаженості"	73	19	6	25	15,11	,547	4,677	21,877
Інт-ий рівень емоційного інтелекту	73	88	-18	70	38,82	2,102	17,960	322,565
інт-ий показник досвіду агресивних впливів	73	46	20	66	31,14	1,194	10,205	104,148
шкала "Управління своїми емоціями"	73	28	-14	14	1,96	,752	6,424	41,262
шкала "Самомотивація"	73	28	-11	17	8,03	,581	4,961	24,610
шкала "Емпатія"	73	23	-5	18	10,12	,456	3,894	15,165
шкала "Емоційна обізнаність"	73	21	-3	18	9,52	,563	4,811	23,142
шкала "Розпізнавання емоцій інших людей"	73	20	-3	17	9,19	,498	4,255	18,102
N валидных (по списку)	73							

Результати математичної статистики для встановлення нормальності розподілу даних

Критерии нормального распределения

	Колмогорова-Смирнова ^а			Критерий Шапиро-Уилка		
	Статистика	ст.св.	Значимость	Статистика	ст.св.	Значимость
Вік	,105	73	,044	,963	73	,029
Стать	,488	73	,000	,496	73	,000
Загальний стаж медичної практики	,088	73	,200 [*]	,973	73	,126
Заробітна плата	,172	73	,000	,907	73	,000
Перфекціонізм, орієнтований на себе	,100	73	,069	,952	73	,007
Проблеми з самооцінкою	,170	73	,000	,929	73	,001
Стурбованість помилками	,106	73	,041	,950	73	,006
Самокритика	,171	73	,000	,954	73	,009
Сумніви у власних діях	,171	73	,000	,895	73	,000
Соціально-приписаний перфекціонізм	,131	73	,003	,974	73	,132
шкала "Виснаження"	,076	73	,200 [*]	,984	73	,465
шкала "Емоційне відсторонення"	,138	73	,001	,930	73	,001
шкала "Когнітивні порушення"	,100	73	,067	,951	73	,006
шкала "Емоційні порушення"	,144	73	,001	,969	73	,066
Інт-ий показник за 23 основними симптомами	,114	73	,020	,960	73	,020
Інт-ий показник за 10 вторинними симптомами	,158	73	,000	,922	73	,000
Рівень професійної завантаженості"	,144	73	,001	,942	73	,002
шкала відсутність балансу навант-я	,152	73	,000	,923	73	,000
інт-ий показник досвіду агресивних впливів	,174	73	,000	,820	73	,000
Інт-ий рівень емоційного інтелекту	,055	73	,200 [*]	,965	73	,040
шкала "Управління своїми емоціями"	,093	73	,193	,978	73	,230
шкала "Самомотивація"	,079	73	,200 [*]	,959	73	,019
шкала "Емпатія"	,172	73	,000	,907	73	,000
шкала "Розпізнавання емоцій інших людей"	,126	73	,006	,943	73	,002
шкала "Емоційна обізнаність"	,101	73	,061	,951	73	,007

*. Это нижняя граница истинной значимости.

а. Коррекция значимости Лильефорса

Результати регресійного аналізу

Введенные/удаленные переменные^а

Модель	Введенные переменные	Удаленные переменные	Метод
1	Інт-ий рівень емоційного інтелекту , інт-ий показник досвіду агресивних впливів, Сумніви у власних діях ^б		Enter

а. Зависимая переменная: Інт-ий показник за 23 основними симптомами

б. Все требуемые переменные введены.

Сводка для модели

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,596 ^а	,355	,327	,38440

а. Предикторы: (константа), Інт-ий рівень емоційного інтелекту , інт-ий показник досвіду агресивних впливів, Сумніви у власних діях

ANOVA^а

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
1	Регрессия	5,614	3	1,871	12,664	,000 ^б
	Остаток	10,196	69	,148		
	Всего	15,810	72			

а. Зависимая переменная: Інт-ий показник за 23 основними симптомами

б. Предикторы: (константа), Інт-ий рівень емоційного інтелекту , інт-ий показник досвіду агресивних впливів, Сумніви у власних діях

Кoeffициенты^а

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знач.
		B	Стандартная Ошибка	Бета		
1	(Константа)	1,929	,186		10,364	,000
	Сумніви у власних діях	,117	,042	,281	2,765	,007
	інт-ий показник досвіду агресивних впливів	,010	,005	,210	2,082	,041
	Інт-ий рівень емоційного інтелекту	-,011	,003	-,419	-4,305	,000

а. Зависимая переменная: Інт-ий показник за 23 основними симптомами

Продовження Додатку М

Введенные/удаленные переменные^a

Модель	Введенные переменные	Удаленные переменные	Метод
1	шкала "Самомотивація", Сумніви у власних діях, Перфекціонізм, орієнтований на себе ^b	.	Enter

a. Зависимая переменная: Інт-ий показник за 23 основними симптомами

b. Все требуемые переменные введены.

Сводка для модели

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,549 ^a	,301	,271	,40012

a. Предикторы: (константа), шкала "Самомотивація", Сумніви у власних діях, Перфекціонізм, орієнтований на себе

ANOVA^a

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
1	Регрессия	4,763	3	1,588	9,918	,000 ^b
	Остаток	11,047	69	,160		
	Всего	15,810	72			

a. Зависимая переменная: Інт-ий показник за 23 основними симптомами

b. Предикторы: (константа), шкала "Самомотивація", Сумніви у власних діях, Перфекціонізм, орієнтований на себе

Коэффициенты^a

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знач.
		B	Стандартная Ошибка	Бета		
1	(Константа)	2,569	,283		9,086	,000
	Сумніви у власних діях	,128	,043	,306	2,962	,004
	Перфекціонізм, орієнтований на себе	-,149	,066	-,236	-2,257	,027
	шкала "Самомотивація"	-,025	,010	-,265	-2,484	,015

a. Зависимая переменная: Інт-ий показник за 23 основними симптомами

Закінчення Додатку М

Введенные/удаленные переменные^а

Модель	Введенные переменные	Удаленные переменные	Метод
1	Сумніви у власних діях, Перфекціонізм, орієнтований на себе , шкала "Управління своїми емоціями" ^б		Enter

а. Зависимая переменная: Інт-ий показник за 23 основними симптомами

б. Все требуемые переменные введены.

Сводка для модели

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,560 ^а	,314	,284	,39656

а. Предикторы: (константа), Сумніви у власних діях, Перфекціонізм, орієнтований на себе , шкала "Управління своїми емоціями"

ANOVA^а

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
1	Регрессия	4,959	3	1,653	10,512	,000 ^б
	Остаток	10,851	69	,157		
	Всего	15,810	72			

а. Зависимая переменная: Інт-ий показник за 23 основними симптомами

б. Предикторы: (константа), Сумніви у власних діях, Перфекціонізм, орієнтований на себе , шкала "Управління своїми емоціями"

Коэффициенты^а

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знач.
		B	Стандартная Ошибка	Бета		
1	(Константа)	2,456	,278		8,833	,000
	Перфекціонізм, орієнтований на себе	-,164	,064	-,260	-2,566	,012
	шкала "Управління своїми емоціями"	-,020	,007	-,280	-2,744	,008
	Сумніви у власних діях	,133	,042	,319	3,156	,002

а. Зависимая переменная: Інт-ий показник за 23 основными симптомами



Ім'я користувача:
Педагогіки та психології Кучерява Катерина

ID перевірки:
1016334265

Дата перевірки:
08.06.2024 08:43:18 EEST

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
08.06.2024 08:46:33 EEST

ID користувача:
100005735

Назва документа: Єрмоєнко М. С. Чинники вигорання медичних працівників

Кількість сторінок: 69 Кількість слів: 11160 Кількість символів: 87672 Розмір файлу: 1.55 MB ID файлу: 1016134726

2.19% Схожість

Найбільша схожість: 0.63% з Інтернет-джерелом (http://umo.edu.ua/images/content/spec_rada/raz_spec_rad/DF26.455...)

1.96% Джерела з Інтернету 62 Сторінка 71

1.58% Джерела з Бібліотеки 48 Сторінка 71

0% Цитат

Вилучення цитат вимкнено

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнено

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

Модифікації

Виявлено модифікації тексту. Детальна інформація доступна в онлайн-звіті.

Замінені символи 1