

**Міністерство освіти і науки України  
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи  
Кафедра практичної психології**

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ФЕНОМЕНУ  
ТРУДОГОЛІЗМУ ТА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ  
У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

**Дипломна робота  
Рівень вищої освіти – другий (магістерський)**

Виконала студентка VI курсу, 622 група,  
Спеціальність «053 Психологія»,  
Спеціалізація «Практична психологія»,  
**Кравчук Олеся**  
Науковий керівник:  
**к. пс. н. ас. Барабашук Г.В.**

**До захисту допущено:**

**Протокол засідання кафедри №\_\_**

від «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 р.

Зав. кафедри практичної психології

\_\_\_\_\_ **В.М. Радчук**

**Чернівці, 2022**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ ТРУДОГОЛІЗМУ ТА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ</b>	
Трудоголізм як форма адиктивної поведінки особистості	8
Емпатійність медичних працівників. Психологічні аспекти спілкування медсестри з пацієнтом.....	11
Психологічні особливості прояву синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.....	17
<b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ФЕНОМЕНУ ТРУДОГОЛІЗМУ ТА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ</b>	
Характеристика вибірки дослідження.....	25
Опис та обґрунтування методичного психодіагностичного інструментарію.....	28
<b>РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИКО-ДІАГНОСТИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРУДОГОЛІЗМУ ТА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ</b>	
Показники рівня прояву емоційного вигорання у медичних працівників (за результатами методики «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойко).....	34
Показники рівнів самооцінки емоційних станів у медичних працівників (за результатами методики «Діагностика рівнів самооцінки емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса).....	39
Показники рівнів емпатії у медичних працівників (за результатами методики «Методика для діагностики рівня емпатійних здібностей» В. Бойко)	40

Показники рівню прояву трудового вигорання у медичних працівників (за результатами методики «Методика для виявлення трудового вигорання» Є. Ільїна)...44

Визначення значущих статистичних зв'язків між показниками прояву трудового вигорання, симптомами емоційного вигорання та емпатійності за результатами емпіричного дослідження.....45

Практичні рекомендації з профілактики та подолання трудового вигорання та синдрому емоційного вигорання.....53

ВИСНОВКИ ..... 59

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....65

ДОДАТКИ..... 70

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Лікувальна сфера посідає одне з провідних місць серед різних спеціальностей, представники яких мають загрозу формування синдрому емоційного вигорання.

Трудова діяльність медпрацівників пов'язана з щоденним спілкуванням і контактами з різними людьми. Значну роль у виникненні синдрому відіграють напружені відносини в системі людина-людина, до яких в охороні здоров'я належать: відносини між лікарем і пацієнтами; між керівником і підлеглими в процесі вирішення конфліктних ситуацій, між медпрацівниками і родичами пацієнтів, між професійною самооцінкою лікаря і відношенням до нього співробітників тощо.

Над проблемою емоційного вигорання працювали зарубіжні та вітчизняні дослідники. Цей феномен першим описав у 1974 році психіатр Х. Фрейденберг, давши характеристику психологічного стану людей, які, надаючи лікарську допомогу інтенсивно та тісно спілкуються з пацієнтами в емоційно напруженій атмосфері.

Синдром емоційного вигорання досліджували В. Бойко, Ф. Сторлі, К. Маслач, С. Джексон, Н. Водоп'янова, В. Ковальчук, Г. Видай, Дж. Грінберг, Б. Перлман, Е. Хартман та ін.

Синдром емоційного вигорання є проблемою, що найбільш розповсюджена серед осіб, що страждають на трудовоголізм, чия трудова діяльність полягає в постійному спілкуванні з людьми і турботі про інших.

Трудовоголізм поступово стає стилем життя, особистість не тільки втрачає сім'ю і друзів, а й втрачає здоров'я, тобто трудовоголізм переходить у «вигорання». Синдром виснаження вважається крахом професійної діяльності.

Люди, які перебувають чи працюють разом із трудовоголіком або самі є такими, або мають занижений рівень вимог стосовно своєї трудової діяльності та деструкція у стосунках з оточуючими.

В Україні кожен третій працівник ходить на роботу навіть тоді, коли одержав травму, занедужав або має виконувати медичні приписування.

Проблему трудоголізму досліджували як зарубіжні, так і вітчизняні вчені ( У. Оутс, Б. Робінсон, Г. Портер, Б. Кіллінджер, А. Гоголева, Ц. Короленко, Є. Ільїн, В. Караваєва, Ж. Вірна, Т. Хокінс, С. Степанов, К. Платонов, Е. Бернс, Г. Флітт, Дж. Ешбі та ін.).

Таким чином, проблема трудоголізму та емоційного виснаження у медичних працівників є надзвичайно вагомою і актуальною. Адже, емоційне вигорання є феноменом особистісно-професійної деформації. Деформація особистості розглядається як зміна якостей особистості (стереотипів сприйняття, характеру, ціннісних орієнтацій, способів спілкування та поведінки).

Незважаючи на те, що за феноменом професійного вигорання та феноменом трудоголізму стоять дуже серйозні психологічні реалії, які мають свої причини, форми виникнення та комунікативні наслідки, означена проблема і до нині є недостатньо вивченою та актуальною. Враховуючи реалії сучасного життя, пандемію захворювання на COVID-19, російсько-українську війну, питання психічного здоров'я медичних працівників постало надзвичайно гостро. Вище вказане і зумовило вибір магістерського дослідження.

**Об'єкт дослідження** – феномен трудоголізму та синдром емоційного вигорання особистості.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості взаємозв'язку трудоголізму та синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

**Мета** роботи полягає у теоретичному аналізі проблеми трудоголізму та емоційного вигорання у психологічній літературі та емпіричному вивченні психологічних особливостей взаємозв'язку трудоголізму та емоційного вигорання у медичних працівників.

Реалізація поставленої мети передбачає реалізацію низки **завдань**:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз феномену трудоголізму в сучасній науці.

2. Здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми професійного вигорання особистості.

3. Провести емпірико-діагностичне дослідження та проаналізувати психологічні особливості взаємозв'язку трудоголізму та емоційного вигорання у медичних працівників.

4. Визначити та описати практичні рекомендації щодо профілактики, попередження та подолання трудоголізму.

**Гіпотеза дослідження** – це припущення, що існує зв'язок між трудоголізмом та синдромом емоційного вигорання у медичних працівників.

**Теоретико-методологічну основу дослідження** склали концепції професійного становлення особистості ( Е. Клімов, Е. Симанюк); наукові положення про вплив особистісних характеристик на формування синдрому емоційного вигорання ( Г. Видай, Т. Зайчикова, В. Ковальчук, Г. Нікіфоров, К. Маслач та ін.). Результати сьогочасних психологічних досліджень феномену емоційного вигорання ( Х. Дж. Фрейденберг, В. Бойко, Ф. Сторлі, Дж. Грінберг, Н. Самоукіна та ін.); наукові принципи формування емоційного вигорання у медичних працівників ( Ф. Сторлі, В. Бойко, Б. Перлман, Е. Хартман та ін.); підсумки психологічних досліджень феномену трудоголізму (У. Оутс, Б. Робінсон, Г. Портер, Б. Кіллінджер, А. Гоголева, Ц. Короленко, Є. Ільїн, В. Караваєва, Е. Бернс, Г. Флітт, Дж. Ешбі, К. Платонов та ін.).

Для реалізації визначених завдань теоретико-емпіричного дослідження ми використали такі методи:

1) теоретичні (аналіз питання на основі опрацювання наукової психологічної літератури: аналіз, порівняння, синтез, систематизація, абстрагування та узагальнення отриманої наукової інформації);

2) емпіричні (психодіагностичні методики: визначення рівня емоційного вигорання В. Бойко; визначення самооцінки емоційних станів А. Уессмана та Д. Рікса; діагностика рівня емпатійних здібностей В. Бойко; виявлення трудоголізму Є. Ільїна).

3) методи математичної статистичної обробки даних (описова статистика, кореляційний аналіз) з ціллю виконання аналізу отриманих результатів емпіричного дослідження.

**Базою дослідження** є КНП Сторожинецька БЛЛ (багатопрофілька лікарня інтенсивного лікування). В експерименті взяли участь 27 медпрацівники сімейної медицини (терапевтичного відділення) та 23 – відділення анестезіології (реанімації) віком 20-59 років, із стажем роботи у професії від 1 до 32 років.

**Практична значущість дослідження** роботи полягає в опрацюванні та впровадженні діагностично-емпіричної програми ґрунтовного вивчення психологічних аспектів взаємозв'язку синдрому емоційного вигорання та трудоголізму у медичних працівників. Окремі розділи дипломної роботи можуть успішно використовуватись у викладанні таких освітніх компонентів як «Психологія праці», «Тренінг професійних навичок». Результати проведеного теоретико-емпіричного дослідження вдало можуть бути використані у прикладних розвідках у галузі психології праці та особистості, а також використовуватися при професійній підготовці фахівців медичних спеціальностей.

**Структура та обсяг роботи.** Магістерська робота містить вступ, три розділи, висновки та додатки, у роботі представлено 21 рисунок. Список літератури налічує 53 найменування. Повний обсяг роботи – 63 сторінки.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ ТРУДОГОЛІЗМУ ТА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

У розділі представлено характеристики фундаментальних понять проблеми дослідження; проаналізовано аспекти трудоголізму як професійної адикції у медичних працівників та синдрому емоційного вигорання, узагальнено сучасні психологічні підходи та напрямки дослідження у розумінні означених феноменів.

#### **Трудоголізм як форма адиктивної поведінки особистості**

Професійну адикцію вчені розглядають як нав'язливу потребу до певного виду діяльності. Аналіз проблеми професійних адикцій стосується розгляду таких соціально-психологічних явищ як професійна лінь, трудоголізм, завчена безпорадність, ургентна залежність, прокрастинація, професійний перфекціонізм, професійний маргіналізм [8, с. 24].

Термін «трудоголізм» вперше ввів американський психолог в 70-х роках ХХ ст. Уейн Оутс. Найчастіше поняття трудоголізму трактують як потяг людини до роботи, який витісняє всі інші потреби та інтереси, заповнює собою життя. Більшість підходів до проблеми трудоголізму визначається як зарубіжними, так і вітчизняними вченими (У. Оутс, Б. Робінсон, Г. Портер, Б. Кіллінджер, А. Гоголева, Ц. Короленко, Є. Ільїн, В. Караваєва, Ж. Вірна та ін.).

Трудоголізм є втечею від реальності через зміну свого психічного стану, який досягається фіксацією на роботі. Трудоголік не прагне до роботи через економічну необхідність, а через те що робота йому замінює все: розваги, любов, інші види активності [18, с.46].



У. Оутс трудоголіка описує як особу, яка з піднесенням розповідає про те, як багато вона працює, про інших людей, які працюють менше ніж вона відгукується презирливо. Часто неспроможна відмовитись на прохання виконати додаткову роботу [18, с. 41].

Б. Робінсон пояснює трудоголізм як ситуацію, коли особистість надає роботі перевагу в якості відходу від переживань щодо свого емоційного стану та з приводу особистих проблем [16].

Г. Портер зазначає, що трудоголіку властиві відсутність критики, ригідне мислення, втеча від дійсності, і підкреслює, що страждає цією залежністю кожна четверта працююча людина.

Б. Кіллінджер описує трудоголізм тільки як складний та негативний процес, який впливає на здатність людини функціонувати та підкреслює, що до цієї форми адикції особливо схильні медпрацівники.

М. Гріффітс стверджує, що основна відмінність між трудоголізмом та працюваністю полягає у тому, що здорові поведінкові моделі щось привносять у життя, в той час як адикції з життя забирають [16].

Що стосується вітчизняних підходів, то більшість вчених розглядають трудоголізм як деструктивну залежність. Науковець О. Єгоров стверджує, що однією з важливих характеристик трудоголізму є компульсивне прагнення до успіху, постійне схвалення від оточення. Трудоголік відчуває страх невдачі, боязнь бути звинуваченим у некомпетентності, ліні, «втрати себе, свого «Я» тощо. У психологічному стані почуття тривоги не залишає адикта майже ніколи. Він настільки живе роботою, що дистанціюється від друзів, сім'ї, стає замкнутим у власних переживаннях [16].

Трудоголізм супроводжується змінами емоційно-вольової сфери особистості. Зокрема зростає емоційне спустошення, знижується рівень емпатії. Міжособистісні стосунки сприймаються як обтяжливі і потребують великих затрат енергії, спостерігається уникнення обговорення дуже важливих сімейних проблем та виховання дітей та ін. Поза роботою ( звільнення, хвороба) цю адикцію замінює інша адикція, як правило, хімічна ( алкоголь) [3, с. 17].

Вчена І. Козлова розглядає трудовоголізм також з позиції психологічної залежності. На її думку, поринаючи в роботу, трудовоголік втрачає зв'язок із оточуючими; в більшості не складається сімейне життя (ця людина має в сім'ї негаразди); мають труднощі, пов'язані із самореалізацією, вузьке коло інтересів.

Автор О. Весніна стверджує, що трудовоголік є не гіперпрацелюбною людиною. Ним і ледар може стати, який цілодобово відсиджується на роботі через домашні проблеми. На її думку, причиною психологічної травми, психологічного дискомфорту найчастіше є пережитий реально або уявний страх: страх перед самотністю, або навпаки, боязнь спілкування, боязнь невдачі. Частіше трудовоголізм – результат стосунків, що не склалися (чи втрачених), з близькими людьми, страх перед постійною напругою в особистому житті, розлучення, розчарування в близькій людині. Робота стає щитом, психологічним захистом, що відганяє негативні емоції [16].

Психотерапевт Н. Наріцин підкреслює, що прояви трудовоголізму найчастіше виникають на тлі нестабільності, після громадських криз тощо. Автор висловлює думку, що в деяких людей спрацьовує глибоко всередині закладений якийсь механізм: розруха, нестабільність, стрес і відповідно, вони рятуються надмірною працею, роботою. Трудовоголізм може бути спровокований кризами, сімейними, душевними проблемами.

Вчений Г. Старшенбаум говорить, що втеча в роботу може бути пов'язана з нездатністю забезпечити собі домашній комфорт, неможливістю переживати маленькі життєві радощі. Людина з почуттям задоволення вирішує важкі професійні завдання, таким чином думки, час, енергію, сили займає робота [34, с. 49].

Є. Ільїн доводить, що існує два види прояву трудовоголізму: залежний та здоровий. Науковець говорить про те, що робота схожа на хобі притаманна нормальним трудовоголікам. Вони отримують задоволення і від результату, і від самого процесу. Ніколи не скаржаться на втому, нестерпність життя, перевантаженість, оскільки їхня робота супроводжується психологічним

комфортом. Такі трудоголіки щасливі, що займаються улюбленою справою. Їх роботоголізм забезпечує значні професійні успіхи. Це – люди творчих професій, програмісти, вчені. Однак нормальними трудоголіками можуть бути і представники інших, нетворчих професій (токарі, бухгалтери тощо), які володіють відповідальністю, працьовитістю. Вони відрізняються від не трудоголіків особистісними якостями і є адиктами, але це не означає, що вони повинні бути пацієнтами психіатрів і психотерапевтів [16].

### **Емпатійність медичних працівників. Психологічні аспекти спілкування з пацієнтом**

В особистості проявляється властивість, звана емпатією, коли об'єктом емоційної сприйнятливості є переживання інших людей. Емпатія – це коли один індивідуум настільки переймається потерпаннями іншого, що розчиняється в ньому. У спілкуванні людей, у встановленні взаєморозуміння між ними ця особливість емоційна відіграє велику роль [37, с. 17].

Е. Тітченер вперше ввів поняття «емпатія» в психологію. Більшість наукових робіт з емпатії відтворюють її поняття як розуміння і сприйняття внутрішнього світу іншої людини, емоційного змісту природи, твору мистецтва [5, с. 58].

В. Бойко виділяє емпатію як засіб «входження» у психоенергетичний простір іншої особистості. «Пробивається» захисний енергетичний шар людини по спілкуванню за допомогою емпатії, а для цього потрібна підвищена прохідність, що виникає тоді, коли особа співчуває і співпереживає іншій людині. Співучасть і співпереживання є емоційними засобами досягнення мети, розумінням індивідуальних особливостей іншого. Психолог В. Бойко вважає, що щирий інтерес до іншої особистості, до її суб'єктивної реальності є основною передумовою глибокої емпатії. Одні вчені вважають, що емпатія характеризується співпереживанням, що виникає мимоволі і несвідомо. Тут емпатія характеризується щирістю вираження своїх емоцій. Інші психологи

вважають, що значну роль в емпатії відіграють раціональне сприйняття людини або тварини, розум, тобто співпереживання є довільною і усвідомлюваною емоційною ідентифікацією з іншою людиною [3].

Т. Гаврилова вважає, що співпереживання переростає у співчуття, прагненням іншим людям надати допомогу. Вираження щирості своїх емоцій є характерною властивістю емпатії [33, с. 30].

У медицині «клінічна емпатія» є адекватним розумінням внутрішніх психічних процесів пацієнта стосовно його проблем із здоров'ям.

На думку С. Меркера емпатія включає в себе здатність розуміти почуття та емоції пацієнта; здатність спілкуватися з пацієнтом для розуміння його емоцій, психічного стану та перевірки точності цього розуміння; здатність діяти певним терапевтичним шляхом з урахуванням розуміння психічного стану пацієнта [13, с. 32].

«Клінічна емпатія» складається з чотирьох компонентів: когнітивної, емоційної, поведінкової та мотиваційної емпатії.

Когнітивна емпатія є усвідомленням та розумінням емоцій і почуттів іншої людини, що реалізується шляхом обробки інформації стосовно психічних процесів пацієнта.

Емоційна емпатія є замісною емоційною реакцією медпрацівника на почуття іншої людини, що реалізується за посередництвом емоційного досвіду.

Поведінкова емпатія є вольовою співучастю, коли медпрацівник безпосередньо бере участь в емотивних взаємовідносинах, коригуючи емоційні реакції пацієнта.

Мотиваційний компонент емпатії спонукає медичного працівника до відновлення стану фізичного та психологічного комфорту пацієнта шляхом надання йому адекватної допомоги [18, с. 19].

Емпатійність є особистісною якістю, котра виявляється у здатності до співчуття, співпереживання та гуманних вчинків стосовно будь-яких осіб, які потребують підтримки.

Емпатійною є та людина, у якої емпатія відрізняється високим рівнем вираження її емоційних, когнітивних і поведінкових компонентів. Розвинутих вмінням передбачати і розпізнавати емоційні стани інших, виражати своє співчуття в діях, спрямованих на посилення добробуту людей характеризується емпатійна людина [3].

Від інших людей емпатійна особистість відрізняється позитивним баченням навколишніх, у неї переважає спрямованість на партнера по спілкуванню, позитивна система відношень до інших, вона вміє приймати точку зору інших. Вона відрізняється високою чутливістю до моральних почуттів сорому, вини, високим рівнем розвитку соціальних емоцій. Така людина також добре орієнтується в тому, що є «вірно» і що є «повинно» у взаємодії з іншими. Спроможність до емпатії залежить від толерантності до інших, альтруїзму і відкритості у спілкуванні, низької емоційної вразливості [4].

Отже, емпатійна особистість відрізняється тим, що в неї позитивне сприйняття інших; швидка орієнтація в ситуаціях взаємодії; розвинута спроможність до децентрації. Чутливість до соціальних емоцій і моральних почуттів; сензитивність до невербальної поведінки інших; чуйність до норм поведінки, що схвалюється суспільством властиві емпатійній людині [26, с. 30].

Існує дві групи поділяють факторів, що розкривають прояв і розвиток емпатії особистості. До першої групи належать фактори, які відіграють найважливішу роль у розвитку емпатії у дитинстві. До другої групи входять фактори, які визначають прояв емпатії у дорослої людини. Ці фактори представляють особливості спілкування та взаємодії особистості з іншими людьми на різних фазах її життя [4].

Особливості відношення до об'єкта емпатії і система соціальних потреб суб'єкта емпатії посідають одне з перших місць серед чинників, які мають вплив на особливості прояву емпатії в дорослої людини. Прояву емпатії сприяє розуміння цінності іншої особистості, що не допускає байдужості на адресу потерпань інших, непідроблений інтерес [4].

До зниження частоти прояву емпатії приводить домінування потреби в самоствердженні серед інших соціальних потреб особистості, але коли особистість намагається одержати самоствердження через поступок, що соціально і морально визнаний може активізувати вираз емпатії [4, с. 28].

Емпатія має тісний контакт з психологічними та емоційно-пізнавальними характеристиками особистості і проявляється найбільше у спілкуванні.

Діяльність медпрацівника зведена на прямому спілкуванні з пацієнтом. Медик повинен володіти такими особистісними якостями як справедливість, вміння співчувати, любити людину, цінувати її гідність, мати такі етичні категорії, як совість, обов'язок, вміння розуміти людей. Всі ці характеристики ґрунтуються на знаннях у галузі психології. Психологія лікування полягає у прямому спілкуванні з пацієнтом, а не лише у наданні лікувальних процедур [39, с. 100].

Вимогою виникнення хороших психологічних відносин і довіри між медпрацівниками і пацієнтами є кваліфікація, досвід і мистецтво лікаря і медсестри.

Так перед медсестрою постійно виникає безліч незвичайних завдань, для вирішення яких їй необхідне уміння завбачувати наслідки своїх дій і самостійно мислити.

Для прояву довіри до медпрацівника має значення перше враження, яке виникає у пацієнта при зустрічі з ним. При цьому значення для людини має актуальна міміка медичного працівника, його жестикуляції, тон голосу, виразу обличчя, що впливають з попередньої ситуації і не призначені для хворого, використання сленгових мовних зворотів, а також його зовнішність. Наприклад, якщо пацієнт бачить лікаря неохайного, неакуратного, то він втрачає віру в нього, часто вважаючи, що медик, не здатний турбуватися про себе, не може піклуватися про других. Різні неправильності в поведінці і в зовнішності пацієнти схильні прощати тільки тим медикам, з якими вони вже знайомі і яким довіряють [41, с. 69].

Медичному працівнику хворі довіряють в тому випадку, якщо він як людина гармонійна, спокійна і впевнена, але не горда. Коли медик наполегливий і рішучий, що супроводжується делікатністю.

Винятковими вимогами до медичного працівника є важливість бути терпеливим і вміння володіти собою. Бувають випадки, коли доцільно виявити почуття гумору, проте, без іронії та цинізму. Але деякі пацієнти не виносять гумору навіть з хорошим наміром і розуміють його як їхнє приниження [38, с. 71].

У своїх дослідженнях І. Харді описує 6 типів сестер медичних:

- сестра-рутинер: основною рисою є механічне виконання призначень. Свої завдання такі медсестри виконують з високою ретельністю, виявляючи спритність та вміння. Вона все робить автоматично, холодно, не співчуваючи хворим. Сестра-рутинер розбудить пацієнта тільки аби дати йому снодійне, що було призначене лікарем.

- сестра, яка «грає завчену роль»: медичні сестри виконують роль благодійника, використовуючи «артистичні» нахили. Їх поведінка є штучною.

- тип «нервової» сестри: це медичні сестри, що схильні до нервозності. Вони дратівливі, грубі. Такі медсестри похмурі, з обуренням на лиці серед ні в чому не винних пацієнтів. Вони бояться підхопити інфекційну хворобу. Медсестри не хочуть робити завдання ніби через те, що не можуть піднімати важкості, у них болять спини, ноги і т. Д. Такі сестри шкідливо впливають на пацієнтів.

- тип сестри з сильною особистістю: такі медсестри наполегливі, рішучі, нестерпні до найменших заворушень. Вони є грубі і агресивні з пацієнтами, але гарні організатори.

- сестра материнського типу: медичні сестри виконують свою роботу максимально дбайливо і проявляють співчуття до пацієнтів. Вони встигають всюди. Турбота про хворих є їхнім званням.

- тип фахівця: ці медсестри фанатично віддані своїй роботі

7 типів лікарів:

- Лікар-рятівник

Це, в основному хірурги і реаніматолог, також наркологи. Вони черпають з основ своєї самооцінки тим, що рятують. Чим важче хворий, тим охочіше береться за нього лікар. Застосовуються активні і сильні засоби. Недоліками докторів даного типу є цинічне ставлення до незначних захворювань. І хворих неврозом такий доктор лікувати не буде. І ще недолік: коли хворому стає краще, лікар втрачає пильність.

- Лікар-технократ

Поширений в США, для нього характерний культ сучасної діагностичної техніки. Вони стежить за всіма новинками в технічній галузі, і сміливо впроваджують нові апарати і методи. Недоліки такого типу - елемент психологічного впливу: лікар - хворий йде. На хворого лікар дивиться як на неживі об'єкт, а хворий при цьому відчуває себе як деталь на верстаті. Такі лікарі довіряють даними обстеження на апаратах більше, ніж власному розуму. У лікаря з'являється можливість відключити своє мислення, ніж рано чи пізно обертається помилкою, т. К. Втрачається здатність правильно поставити діагноз.

- Лікар-бізнесмен

Вже велика поширеність, у якого головна мета зміщується на заробляння грошей (суцільний Меркантилізм). Хворий для нього - джерело добробуту. Такі доктора, домовляючись між собою, посилають хворого на додаткові консультації, навіть якщо вона не потрібна (корпоративна солідарність).

- Лікар-інструктор

Він жорстоко регламентує життя хворого, призначає точно препарати, дієти ... причому настільки точно, що виконати це неможливо. Лікар-інструктор досить часто грає в гру «я тільки хотів вам допомогти». Такий доктор прагнути перекласти відповідальність за невдачу на пацієнта.

- Лікар-експлуататор

Схожий на бізнесмена (шукає вигоду), але різниця в тому, що отримує вигоди НЕ грошима, а ставленням (зв'язками). Вони можуть вести записники і



записують в них, де працює пацієнт. Або, наприклад, у лікаря нарцистичному установки і йому важливо отримати подяку, Щоб підвищити свою самооцінку. У такого доктора може також бути сексуальна експлуатація пацієнта.

- Лікар-цинік або філософ

Він не вдається в медичні проблеми, вселяє думку хворому, що людина створена страждати, вмирати і т. Д. І якщо у вас незначна хвороба, то і лікувати її не треба.

- Лікар-фахівець

Ця людина дуже жорстко орієнтований до певної групи хвороб і не хоче знати нічого іншого. Для нього існує хвороба, і не існує хворого. Такого доктора абсолютно не будуть інтересів психологічні проблеми пацієнта, особистість хворого в цілому, а лише хвороба. [41, с. 318].

Отже, медичному працівнику в його роботі необхідні такі важливі вміння:

- поборення психологічних перешкод та керування своїми емоційними станами;
- усвідомлення індивідуально-психологічних особливостей хворих і приймання їх до уваги;
- проникнення внутрішнім світом хворого;
- говорити про своє співчуття хворому щодо його хвороби;
- робити аналіз своїй діям, роботі і собі як особистості;
- вміння дати пораду хворому, вислухати та зрозуміти його стан [29, с. 232].

### **Психологічні особливості прояву синдрому емоційного вигорання у медичних працівників**

У 1974 році психіатром Х. Дж. Фрейденбергом було введено термін «емоційне вигорання». Вчений цим поняттям дав характеристику психічному стану здорових людей, які напружено спілкуються з пацієнтами, з клієнтами, постійно перебувають в емоційно напруженій атмосфері при наданні допомоги

[15, с. 11]. Фрейденберг для пояснення дистресу й функціональних дефектів, пов'язаних з роботою створив нову модель. Виянилось, що вона слухна і підходить для всіх лікарів та інших фахівців, що працюють в охороні здоров'я. Вона сконцентована на відхиленнях професійної діяльності і є предметом руйнування обмежень, яким лікарі приділяли увагу, коли обмірковували один з одним про своє особисте життя, власну боротьбу і чутливість [15, с. 45].

Дослідження синдрому емоційного виснаження розпочалося із досліджень співробітників різних громадських організацій та медичних установ [6, с. 48].

Психолог К. Маслач уточнила це поняття, розглядаючи його як синдром емоційного та фізичного виснаження, що утворюється з наростання негативної самооцінки, поганого відношення до роботи та зникнення розуміння і співчуття пацієнтам.

Психолог К. Маслач говорить, що «професійне виснаження» не є зникненням творчого потенціалу, не реакцією на одноманітність, а скоріше емоційне нездужання, що виникає внаслідок стресу, визваного міжособистісним спілкуванням [7, с. 18].

Найбільш відомі підсумки стосовно даної проблеми у вітчизняній та зарубіжній психології наведені у роботах Т. Зайчикової, В. Ковальчук, Г. Видай, Г. Ложкіна, В. Бойко, Н. Водоп'янової та ін.

Однією з найбільш відомих та популярних є модель вигорання представлена К. Маслач і С. Джексон. До складу цієї моделі відносять такі 3 групи симптомів як емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція персональних досягнень.

Стан емоційного виснаження виражається почуттям знесилення, спустошення. Емоції стають тьмяними, індивідуум відчуває, що не зможе відчувати ту гаму почуттів, як раніше. В цілому в професійній сфері (а потім і в особистому) переважають негативні емоції: дратівливість, пригніченість [3].

Деперсоналізація характеризується баченням людей скоріше не як індивідуумів, а як об'єктів, спілкування з якими відбувається без емоційного

приєднання. Відношення до клієнтів (пацієнтів, учнів) стає безсердечним, цинічним. Контакти стають офіційними і знеособленими.

Редукція професійних досягнень характеризується тим, що особистість починає сумніватися в своєму професіоналізмі. Здобутки і успіхи на трудовому поприщі виглядають неважливими, мізерними, а можливості в кар'єрі - нереальними. З'являється байдужість до праці [ 3].

Психолог Ф. Сторлі досліджувала медсестер відділень кардіології. Вона зробила підсумок, що синдром емоційного вигорання є результатом зіткнення з реальністю, коли особистість вигорає в боротьбі з ситуаціями, які важко змінити. Як результат розвивається професійний аутизм. Потрібна робота виконується, але емоції відсутні [7, с. 21].

Одним з показників синдрому емоційного вигорання в професійній діяльності є стан психічної напруженості, викликані конфліктами, складнощами у вирішенні складних соціальних проблем, що спричиняють відчуття дискомфорту, тривоги, фрустрації, песимістичні настрої [3].

За теорією Д. Спаньол і Р. Кеп'юто професійне вигорання розглядається з точки зору наявності трьох рівнів і трьох стадій. У особистості, що відчуває на собі дію емоційного вигорання першого рівня, виражаються нетривалі, випадкові симптоми цього процесу. Ці ознаки виражені піклуванням про себе і проявляються в легкій формі ( релаксація, перерви в роботі) [10, с. 303].

На другому рівні професійного вигорання симптоми мають довготривалий характер і важче виправляються. Відпочинок тут є неефективним. Особистість відчувається знесиленою після сну і навіть після продовженого відпочинку. Для піклування про себе їй потрібні додаткові зусилля.

Хронічними є ознаки третього рівня професійного вигорання. З'являються психологічні та фізичні проблеми на зразок депресії. Спроби піклуватися про себе є безуспішними. Особистість сумнівається у цінності своєї роботи і життя [10, с. 305].

Психолог Н. Самоукіна розділяє прояви синдрому емоційного вигорання на 3 групи: психофізичні, соціально-психологічні та поведінкові.

Психофізіологічні симптоми включають:

1. Невигасаюче почуття знемоги вранці, ввечері.
2. Відчуття емоційної і фізичної виснаженія.
3. Зменшення сприйняття, зміна довколишнього: зменшення цікавості, страху.
4. Зникнення активності, погіршення гормонального фону, помітна загальна слабкість.
5. Часті головні болі.
6. Зниження або збільшення маси тіла.
7. Відсутність сну.
8. Помітна загальмованість, сонливість і прагнення сну вдень.
9. Збій ритму дихання при фізичних навантаженнях, задуха.
10. Погіршення зору, слуху, дотику, нюху. Зникнення тілесних відчуттів [3].

До соціально-психічних симптомів вигорання відносяться:

1. Апатія, пасивність і депресія, пригнічення емоцій.
2. Підвищення дратівливості на незначні події.
3. Часті нервові розлади (спалахи гніву або відмова від спілкування з іншими).
4. Потерпання від негативних емоцій: образи, сорому, вини, скутості, для яких у виникненні причин немає.
5. Відчуття високої тривоги.
6. Постійне почуття страху, що «не вдасться».
7. Негативні настрої на життя і трудові можливості.

Поведінкові ознаки – це зниження продуктивності праці, безпричинні зміни настрою, спалахи емоцій. До цієї ж групи симптомів відносять зникнення почуття гумору, зменшення самокритики, розвиваюча безініціативність [3].

Відповідно до класифікації В. Бойко створив класифікацію симптомів, що супроводжують різні фази емоційного виснаження. Він умовно розділив синдром емоційного виснаження на 3 фази:

1. Напруга психологічних захистів особистості – ніби все нормально, але приглушаються емоції, зникає гострота відчуттів і потерпань. Все стає марудним, на душі пусто, улюблена робота не радує, виникає розчарування в собі і навіть відчуття власної непотрібності, відсутність порятунку.

Несподівано, нібито безпідставно, активізуються внутрішні конфлікти особистості, перш за дрімали всередині, і підкрадається стан депресії.

Фаза «напруги» проявляється такими симптомами:

- 1) перенесення психотравмуючих подій;
- 2) незадоволеність собою;
- 3) «загнаність у клітку»;
- 4) хвилювання й депресія [ 5, с. 416].

2. «Резистенція, опір психологічних захистів» – оточуючі, з якими людина працює, починають його злити, особливо клієнти і відвідувачі. Особистість починає гордовито відноситись до них, а потім майже ненавидіти. При цьому знесилена людина сама не в змозі зрозуміти причину прогресуючої в ній хвилі озлоблення.

У фазі резистенції можливості для роботи у висунутому режимі витрачаються, і психіка особистості починає несвідомо змінювати режим, стираючи фактори, що стали стресогенними: співчуття, емпатію, співпереживання людям, – і, краще самих людей також: чим далі люди – тим спокійніше.

Це виявляється у таких симптомах, як:

- 1) неправильна вибіркова емоційна реакція;
- 2) емоційно-моральна дезорієнтація;
- 3) збільшення кола економії емоцій;
- 4) редукція професійних обов'язків [ 5, с. 419].

3. Третя фаза – «виснаження» – на даному етапі виникає втрачання професійних цінностей і здоров'я. За навичкою фахівець ще зберігає свою респектабельність, але вже видно «порожній погляд» і «льодяне серце». Сама присутність поряд іншої особистості викликає відчуття дискомфорту і нудоти.

У цій фазі можливості психіки цілком вичерпані, стається соматизація. Велика вірогідність виникнення інфарктів, інсультів та інших захворювань.

Тут виявляються такі ознаки, як:

- 1) емоційна недостатність;
- 2) емоційна віддаленість;
- 3) особистісне віддалення;
- 4) психосоматичні та психовегетативні розлади [5, с. 421].

Вчені по-різному дають визначення етапам емоційного вигорання. Це виправдовується різноманітністю критеріїв до розуміння змісту розвитку вигорання. На даний час є декілька теорій, які виокремлюють стадії емоційного виснаження.

Психолог Дж. Грінберг рекомендує досліджувати емоційне вигорання як наростаючий п'ятиступеневий процес.

1. На першій стадії емоційного вигорання робітник зазвичай вдоволений роботою і дорученнями, відноситься до них із завзяттям. Проте у міру тривалих трудових стресів фахова діяльність починає завдавати все менше насолоди і робітник стає менш бадьорим.

2. На другій стадії виникають втомлення, апатія, з'являється безсоння. При нестачі додаткового заохочення і стимулювання у робітника зникає цікавість до своєї праці або пропадають інтерес до роботи в даній компанії і результативність його діяльності. Припустимі порушення трудового самовладання і відчуження від фахових обов'язків. У разі високого заохочення робітник може продовжувати виснажуватись, збадьорюючись внутрішніми запасами, але на шкоду власному здоров'ю.

3. Третя стадія характеризується надмірною роботою без передиху, особливо у «трудоголіків», спричиняючи такі фізичні феномени, як виснаження

і схильність до хвороб, а також до психологічних потерпань – хронічної роздратованості, підвищеної люті або почуття пригноблення, «загнаності в клітку». Постійне потерпання від нестачі часу.

4. На четвертій стадії прогресують хронічні захворювання, через що особистість частково або повністю втрачає працездатність. Наростає переживання невдоволення власною продуктивністю і добротністю життя.

5. На п'ятій стадії емоційного вигорання фізичні і психологічні питання переносяться в гостру форму і можуть викликати розвиток шкідливих захворювань, що загрожують життю особистості. У робітника виникає стільки проблем, що його професійна діяльність перебуває під загрозою [5].

Динамічна модель Б. Перлман і Е. Хартман репрезентує чотири стадії емоційного вигорання:

1. На першій стадії з'являється напруженість, пов'язана з допоміжними зусиллями з пристосування до ситуативних професійних вимог. До такої напруги призводять два найбільш ймовірних види обставин. Перший: досвід і вміння робітника недостатні, щоб відповідати статусно-рольовим і трудовим вимогам. Другий: професія може не відповідати його сподіванням, запитам або цінностям. Ті й інші обставини створюють невідповідність між суб'єктом і робочим середовищем, що розпочинає процес емоційного вигорання.

2. Друга стадія супроводжується стійкими відчуттями і переживаннями потрясіння. Безліч стресогенних ситуацій можуть не опричинювати відповідних потерпань, оскільки відбувається практичне оцінювання своїх перспектив і усвідомлюваних запитів робочої ситуації. Зміна першої стадії на другу в значній мірі залежить від особистісних якостей, статусних, рольових, організаційних змінних та від ресурсного потенціалу особистості.

3. Третя стадія визначається фізіологічними, афективно-когнітивними та поведінковими реакціями особистості.

4. Четверта стадія характеризується станом емоційного знесилення як різнобічне потерпання від хронічного психологічного стресу. Будучи негативним результатом психологічного стресу, переживання виснаження

проявляється як фізичне, емоційне знесилення, як потерпання від суб'єктивного неблагополуччя – вірогідного фізичного або психологічного дискомфорту. Четверту стадію образно можна порівняти з «затуханням горіння» за відсутності необхідного пального [5].

Провідним компонентом поширення синдрому емоційного вигорання є невідповідність між особистістю, її здібностями протидіяти стресу і запитами оточуючого світу. Тому, всі чинники, що підвищують поширення цього синдрому поділяють на організаційні та особистісні. При цьому слід відмітити, що організаційні фактори більшою мірою мають дію на розширення синдрому емоційного виснаження. До організаційних факторів відносяться: велике трудове навантаження, нестача часу для здійснення роботи, відсутність або брак соціальної підтримки з боку співробітників і керівництва, недостатня відплата за роботу, як моральна, так і грошова, незмога контролю робочої обстановки, неможливість мати вплив на ухвалення головних рішень, двозначні, невизначені запити до роботи, постійна небезпека штрафних санкцій (виговір, звільнення, переслідування), нудна, монотонна діяльність, нерациональна організація праці та трудового місця (надзвичайні температури, шум, пасивне куріння, депривація сну і т. д.), необхідність зовні проявляти емоції, які не відповідають дійсним, відсутність відпочинку, відпусток та хобі [3].

Серед особистісних характеристик найважливіші такі:

- підвищена особистісна тривожність;
- знижена самооцінка, схильність до відчуття вини;
- виражена емоційна лабільність;
- зовнішній локус контролю (в житті розраховують на випадковість, удачу, надбання і думки інших людей);
- пасивні, що ухиляються стратегії виходу зі важких ситуацій [3].



## **РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ФЕНОМЕНУ ТРУДОГОЛІЗМУ ТА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

У розділі представлено етапи здійснення емпірико-діагностичного дослідження психологічних особливостей взаємозв'язку трудоголізму та синдрому емоційного вигорання у медичних працівників; описані психодіагностичні методики та представлена характеристика вибірки дослідження.

### **Характеристика вибірки дослідження**

Емпіричне вивчення психологічних аспектів взаємозв'язку феномену трудоголізму та синдрому емоційного вигорання у медичних працівників відбувалось за положенням добровільної участі респондентів у дослідженні та представленням дослідником основної мети та завдань, процедури його проведення, потенціальних отриманих результатів емпіричного дослідження та перспективи їх використання досліджуваними з метою саморозвитку та профілактики виникнення професійних адикцій та емоційного вигорання.

Важливо відмітити, що провідним мотивом, що спонукав досліджуваних брати участь в опитуванні був власний інтерес до цього дослідження та можливість ознайомитись із його результатами, а також отримати особисту психологічну консультацію в разі необхідності.

Досліджуваним наголошувалось на конфіденційності та анонімності проведення дослідження.

Організація проведення емпіричного дослідження передбачала створення програми методичного забезпечення та окреслювала його структурно-логічну поетапність. Реалізація поставлених завдань теоретико-емпіричного дослідження включала напрацювання системно-комплексної програми його

проведення, де б одержані результати на попередньому етапі експерименту були базою для наступних етапів та можливості здійснити і представити узагальнені результати й науково їх обґрунтувати.

Організація проведення емпіричного дослідження психологічних аспектів взаємозв'язку феномену трудоголізму та синдрому емоційного вигорання у медичних працівників здійснювалась у чотири етапи, які були реалізовані протягом 2021-2022 років.

Перший етап здійснення роботи грудень-лютий (2021 р.) передбачав попереднє ознайомлення з проблематикою та результатами попереднього її вивчення, головну увагу було зосереджено на виборі напрямку дослідження, визначенні мети та завдань, окресленні об'єкту, предмету та методів дослідження, підборі імовірних джерел інформації за проблематикою.

На другому етапі дослідження березень-червень (2022 рр.) здійснювалось вивчення феномену трудоголізму та синдрому емоційного вигорання у сучасній науковій літературі. Реалізація цього етапу здійснювалась завдяки аналізу як вітчизняних, так зарубіжних теоретичних літературних наукових джерел з проблематики дослідження.

Таким чином, було проаналізовано стан дослідженості проблеми психологічних аспектів феномену трудоголізму та синдрому емоційного вигорання, розглянуто основні судження науковців про означені феномени, визначені головні дефініції, які утворюють категорійно-понятійний апарат проблеми, що вивчається, окреслені задуми подальшого вивчення. Результати цієї діяльності стали основою для подальшого виконання магістерської роботи, а саме: визначення мети та завдань; розробка програми проведення емпіричного дослідження і збір матеріалу; формулювання етапів дослідження; підбір методів та діагностичних методик, що відповідають меті та завданням дослідження; здійснення кількісного та якісного аналізу отриманих результатів тощо).

Досягнення мети і реалізація поставлених завдань дослідження передбачало використання комплексу психодіагностичних методик:

- методика визначення рівня емоційного вигорання за В. Бойко;
- методика визначення самооцінки емоційних станів А. Уессмана та Д. Рікса;

- методика для діагностики рівня емпатійних здібностей за В. Бойко;
- методика для виявлення трудоголізму за Є. Ільїна.

З ціллю одержати максимум достовірної інформації щодо психологічних особливостей взаємозв'язку трудоголізму та синдрому емоційного вигорання, ми слідували наступним вимогам: дослідження проводилось в офлайн режимі, анкети досліджуваним надавалися у роздрукованому вигляді, досліджувані отримали повну інструкцію щодо заповнення анкет та відповідей на запитання, що містилися в опитувальниках, були поінформовані про анонімність та конфіденційність проведення дослідження.

Емпіричне дослідження психологічних аспектів взаємозв'язку трудоголізму та синдрому емоційного вигорання у медичних працівників було здійснено на базі КНП Сторожинецька БЛЛ (багатопрофілька лікарня інтенсивного лікування). Обсяг вибірки – 50 медиків віком 20-59 років, із стажем роботи у професії від 1 до 32 років. Відсотковий розподіл медичних працівників терапевтичного відділення за стажем у професії зображено на рис. 2.1., реанімаційного – рис. 2.2.

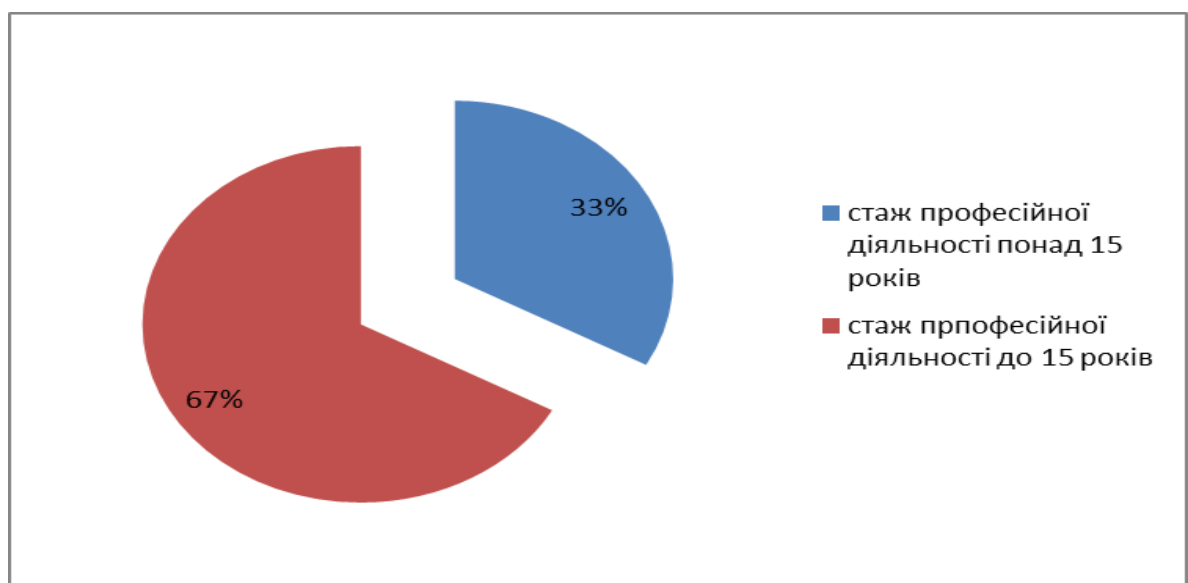


Рис. 2.1. Відсотковий розподіл медичних працівників терапевтичного відділення за стажем у професії

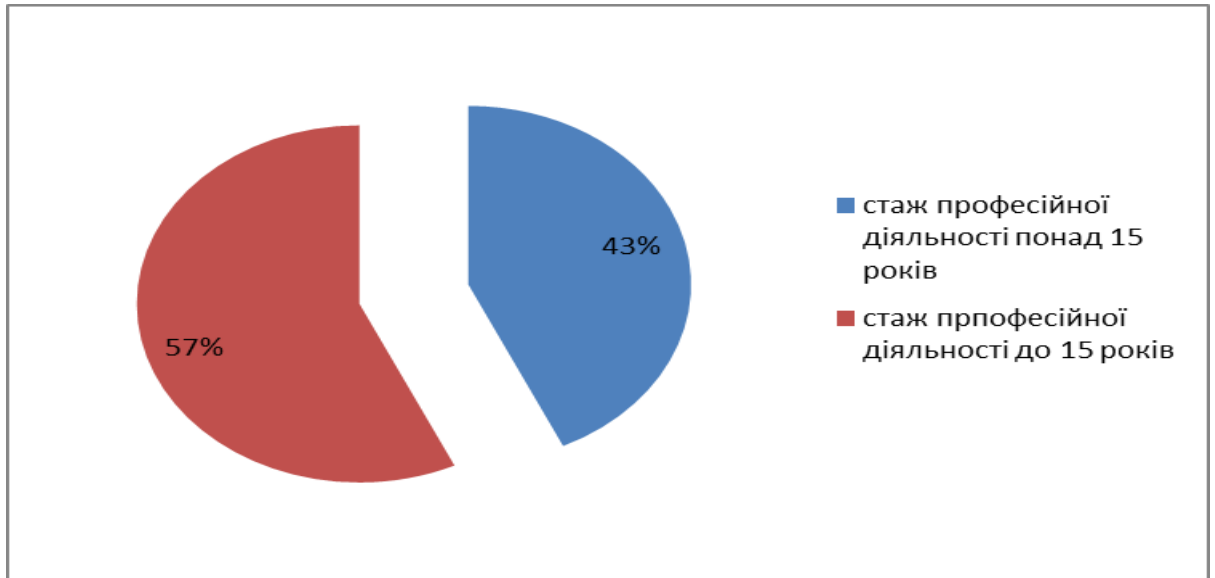


Рис. 2.2. Відсотковий розподіл медичних працівників реанімаційного відділення за стажем у професії

### **Опис та обґрунтування методичного психодіагностичного інструментарію**

Для проведення емпіричного дослідження використовувались такі психодіагностичні методики:

- методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» В. Бойко;
- методика «Визначення самооцінки емоційних станів» А. Уессманата Д. Рікса;

- методика «Діагностики рівня емпатійних здібностей» В. Бойко;
- опитувальник «Роботоголізм» Є. Ільїна.

*Методика діагностики рівня емоційного вигорання* В. Бойко розроблена для визначення рівня емоційного виснаження. За цією методикою є 3 фази поширення вигорання, кожна з яких виражається у виді 4 симптомів:

- фаза «тривожна напруга»;
- фаза «резистенція»;
- фаза «виснаження».

Фаза «Тривожна напруга» виражається такими 4 симптомами:

1. Переживання психотравмуючих обставин, що виражається в розумінні збільшення психотравмуючих факторів трудової практики.

2. Незадоволеність собою, що виявляється у відчуттях невдоволення собою, вибраною спеціальністю, посадою, розвивається при незмозливого позитивного вирішення проблеми.

3. «Загнаність у клітку», що виражається відчуттям безпорадності, важко переноситься, коли психотравмуючі ситуації дуже тиснуть і уникнути їх трудно. Прогресує при марних спробах усунути натиск психотравмуючих факторів. Це стан інтелектуально-емоційного затору, безнадійності.

4. Тривога і депресія, які виражаються тривожно-депресивними ознаками, які зачіпають трудову діяльність в особливо трудних ситуаціях. Відчуття невдоволення діяльністю і собою схиляє до виникнення великої напруги у виді потерпання від ситуативного чи особистісного неспокою.

Фаза «Резистенція» (опір) виражається такими симптомами виснаження:

1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування: виявляється у становищах, коли спеціаліст перестає усвідомлювати різницю між двома феноменами, що твердо різняться: не надмірним показом емоцій і неадекватним конкретним емоційним проявом. Тобто, спеціаліст неадекватно заощаджує на емоціях, стримує віддачу почуттів за рахунок вибіркового ефекту на умови суб'єктів праці; почуттєвий зв'язок встановлюється не зі всіма індивідуумами, а за правилом «хочу-не хочу» – неправильним чи вибіркочим засобом.

2. Емоційно-моральна дезорієнтація, яка виражається в тому, що у робітника почуття не підштовхують або неповністю підштовхують до етичних відчуттів. Не відкриваючи необхідного емоційного відношення до пацієнта, він відстоює свою стратегію: оправдовується перед собою за припущену грубість або нестачу зацікавленості до суб'єкта, аналізує свої дії чи проектує вину на суб'єкта, замість того, аби адекватно признати свою вину.

3. Розширення сфери економії емоцій: виявляється поза трудовою діяльністю – в домівці, під час спілкування із товаришами. На роботі спеціаліст

так втомлюється від бесід, зв'язків, що він не бажає розмовляти навіть з рідними.

4. Редукція професійних зобов'язань: виражається в намаганнях зменшити обов'язки, що потребують емоційних затрат.

Фаза «Виснаження» відзначається більш або менш інтенсивним падінням загальної активності і виснаженням нервової системи. Емоційна підтримка стає необхідним атрибутом індивіда. Ця фаза виражається такими симптомами:

1. Емоційний дефіцит: емоційно спеціаліст вже не в змозі підтримати суб'єктів своєї діяльності.

2. Емоційна відчуженість: спеціаліст практично повністю усуває почуття зі сфери своєї трудової діяльності. Його в основному ніщо не непокоїть, не спричиняє емоційного відгуку: ні позитивні, ні негативні ситуації.

3. Особисте відсторонення або деперсоналізація: виражається великим спектром зміни почуттів та вчинків спеціаліста у області спілкування. Перш за все, сприймається абсолютна або часткова втрата зацікавлення індивідом – суб'єкта трудової практики.

4. Психосоматичні та психовегетативні порушення: виражаються на рівні душевного і фізичного стану.

Методика складається із 84 питань. Досліджуваному потрібно на кожне запропоноване запитання письмово відповісти «так» чи «ні». Тестові питання наведені у додатку А.

Згідно з «ключем» проводимо такі підрахунки:

1) обраховуємо суму балів окремо для кожного з 12 симптомів виснаження;

2) визначаємо суму показників симптомів для кожної з 3-х фаз розвитку виснаження;

3) знаходимо кінцевий показник синдрому емоційного виснаження – сума показників за всіма 12 симптомами.

Показник вираженості кожного симптому перебуває в межах від 0 до 30 балів:

0-9 балів – симптом не сформований;

10-15 балів – симптом на стадії формування;

16 і більше балів – симптом сформований.

Симптоми, де отриманий показник становить 20 і більше балів є переважаючим у фазі чи у всьому синдромі емоційного виснаження.

Слід зазначити, що фаза вважається несформованою, якщо показник становить 36 і менше балів; фаза знаходиться на стадії формування, якщо показник становить 37-60 балів; фаза визначається як сформована з показником 61 і більше балів.

За загальним показником балів визначаємо рівень емоційного виснаження:

0-110 – низький рівень виснаження;

111-180 – середній рівень;

181-210 – високий рівень;

210 і вище – критичний рівень вигорання.

*Методика «Самооцінка емоційних станів» створена американськими авторами А. Уессманомі Д. Ріксом.*

У даній методиці запропоновані чотири наступні шкали:

1) «спокій - тривожність»;

2) «енергійність - втома»;

3) «піднесеність - пригніченість»;

4) «впевненість у собі - безпорадність».

У кожній шкалі є по десять питань від негативного емоційного стану до позитивного. Випробуваному треба надати перевагу тому твердженню, яке найбільше пояснює його стан почуттів на даний час. Питання до методики наведені в додатку Б.

ІІ – відповідає номеру твердження, обраного випробуваним з першої («спокій-тривожність») шкали. Чим вищий бал, тим обстежуваний оцінює свій емоційний стан як більш спокійний, безтурботний. Чим нижчий бал, тим обстежуваний розцінює свій емоційний стан як неспокійний, нерішучий.

I2 – відповідає номеру положення, обраного випробуваним з другої («енергійність-втома») шкали. Якщо обстежуваний обирає високий бал, то він розцінює свій стан як веселий, енергійний, бадьорий. Якщо ж випробуваний обирає низький бал, то він оцінює свій стан як знесилений, струджений.

I3 – відповідає номеру питання, обраного випробуваним з третьої («піднесеність-пригніченість») шкали. Коли обрана досліджуваним відповідь ближча до десяти, тим вище він розцінює свій емоційний стан (бадьорий, веселий, утішний, радісний). Коли питання знаходиться біля одиниці, тим нижче розцінює (розчарування, депресія, зневіра).

I4 – відповідає номеру питання, вибраного випробуваним з четвертої («почуття впевненості в собі – почуття безпорадності») шкали. Коли випробуваний обирає високий бал, то він оцінює себе як сильну, впевнену в собі особистість. Якщо ж досліджуваний вибирає низький бал, то він розцінює себе нерішучим, нещасним.

Інтерпретація проводиться за сумою всіх чотирьох шкал за формулою:

$I5 = I1 + I2 + I3 + I4$ , де I5 – сумарна оцінка стану; I1, I2, I3, I4 – індивідуальні значення за відповідними шкалами.

Коли сума балів від 26 до 40, то випробуваний високо оцінює свій емоційний стан, коли від 15 до 25 балів, то середня оцінка емоційного стану і низька – якщо від 4 до 14 балів.

*Методика для діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойко* розроблена для характеристики здатності співчувати і розуміти погляди й почуття інших. Вона включає в себе 36 питань, з котрими випробуваний повинен був або згодитися, або ні. Тестові запитання наведені у додатку В.

За цією методикою можна діагностувати рівень емпатії та домінуючий канал емпатії.

За методикою В. Бойко є 6 каналів емпатії: раціональний, емоційний, інтуїтивний, установки, що сприяють емпатії, проникаюча здатність до емпатії, ідентифікація в емпатії.



При підрахунку балів за усіма каналами емпатії оприділяємо загальний показник емпатійних здібностей, який теоретично може мінятись від 0 до 36 балів. 30 балів і вище – надзвичайно високий рівень емпатії; 29-22 – середній; 21-15 – занижений; менше 14 балів – дуже низький рівень емпатії.

*Опитувальник «Роботоголізм»* Є. П. Ільїна направлений на в'яснення рівня роботоголізму або залежності особистості від постійної трудової чи навчальної зайнятості. Методика містить 24 питання, на які респондент повинен був відповісти «так» або «ні».

Тестові запитання наведені в дод. Г.

**РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИКО-ДІАГНОСТИЧНЕ ВИВЧЕННЯ  
ПСИХОЛОГІЧНИХ  
АСПЕКТІВ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРУДОГОЛІЗМУ ТА СИНДРОМУ  
ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

У розділі здійснений аналіз та інтерпретації результатів діагностичного емпіричного психологічного дослідження. Визначено психологічні аспекти взаємозв'язку трудоголізму та синдрому емоційного вигорання у медичних працівників; представлені висновки проведеного емпіричного дослідження.

**Показники рівня прояву емоційного вигорання у медичних працівників (за результатами методики «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойко)**

Порівняння величини тестових балів у медичних працівників терапевтичного та реанімаційного відділень за методикою В. Бойко графічно представлено на рис. 3.1.1. та 3.1.2.

Як видно результати, отримані при діагностиці медичних працівників обох відділень суттєво відрізняються. У медичних працівників терапевтичного відділення нижчі показники, аніж у працівників реанімаційного відділення.

Відсотковий розподіл рівнів емоційного вигорання медичних працівників терапевтичного відділення за методикою В. Бойко показано на рис. 3.1.1, реанімаційного – рис. 3.1.2.

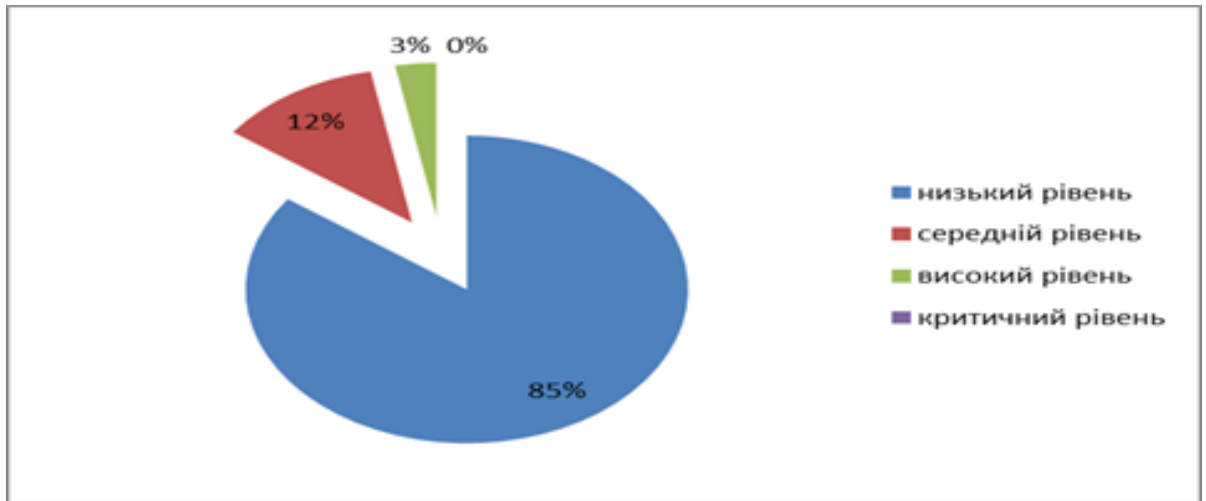


Рис. 3.1.1. Відсотковий розподіл рівнів емоційного вигорання у медичних працівників терапевтичного відділення

Як видно з результатів дослідження, що зображені на рис. 3.1.1, більшість медичних працівників відділення терапії мають низький рівень емоційного вигорання (85%). Вони вміють відокремлюватись, дистанціюватися від чужих переживань, особливо негативних, а також нівелювати всі спірні ситуації сміхом та жартами – це допомагає їм сконцентруватись на вирішенні якогось питання, трудового доручення, наданні необхідної підтримки. Відшукують час для себе, не прагнуть бути ліпшими завжди і скрізь. Вміють ділитися своїми страхами, не зачиняються в собі.

Середній рівень емоційного вигорання характерний 12% медичних працівників. 3% медиків мають високий рівень емоційного вигорання.

Як видно з рис. 3.1.2., середній рівень емоційного вигорання властивий 34% медичним працівникам реанімаційного відділення, низький рівень – у 26%. Високий рівень вигорання притаманний 26% медичним працівникам, критичний – 14%. Для них характерні постійне переживання, брак часу, хронічна драгієвність, відчуття пригніченості, переживання невдоволеності своєю ефективністю і якістю життя.

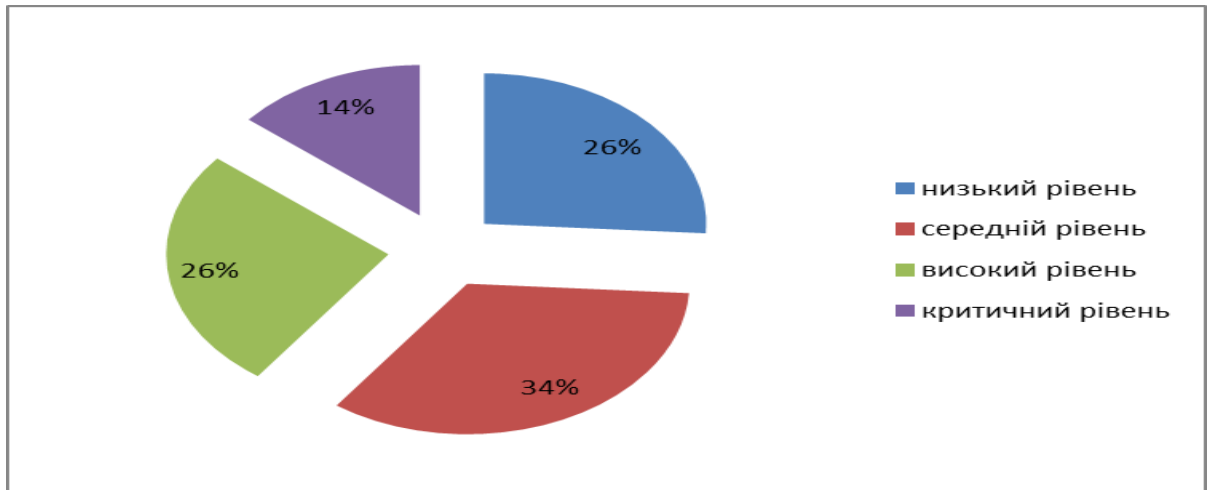


Рис. 3.1.2. Відсотковий розподіл рівнів емоційного вигорання у медичних працівників реанімаційного відділення

Відсотковий розподіл сформованих фаз розвитку вигорання медичних працівників обох відділень представлено на рис. 3.1.3.

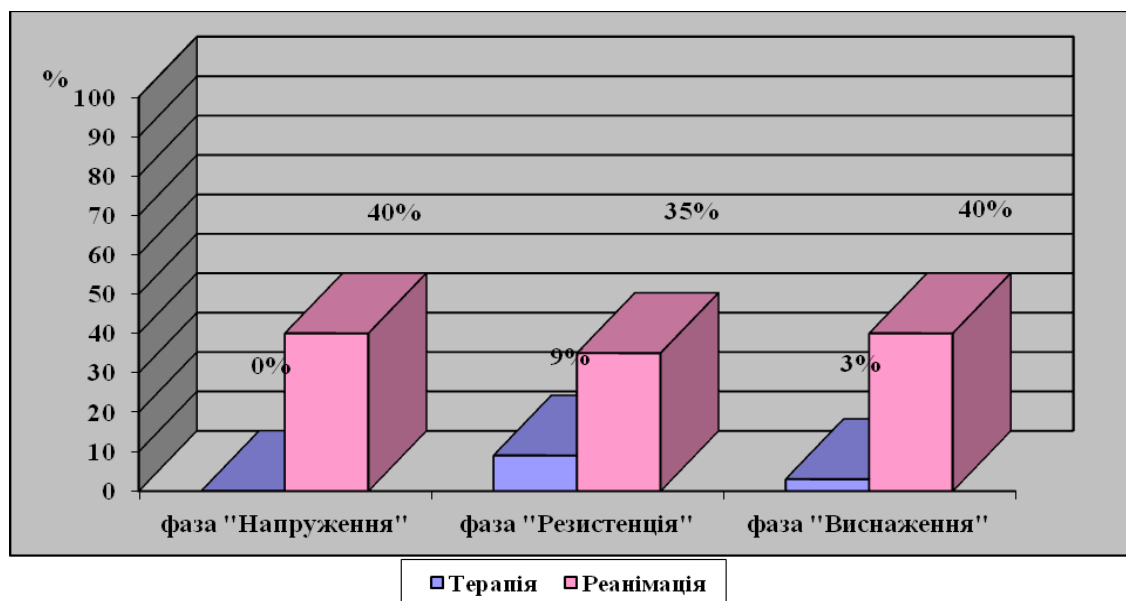


Рис. 3.1.3. Порівняння сформованих фаз розвитку емоційного вигорання медичних працівників терапевтичного та реанімаційного відділень

Як видно з рис. 3.1.3., домінуючою сформованою фазою розвитку емоційного вигорання у медичних працівників терапевтичного відділення є «резистенція», що, на думку В. Бойка, визначається скороченням трудових обов'язків, зниженням взаємодії із співробітниками та пацієнтами, бажанням побути на самоті, неадекватною емоційною реакцією, емоційно-моральною

дезорієнтацією тощо. У 9% досліджених ця фаза сформована, тоді як у 3% досліджуваних розвиненою є фаза «виснаження», яка характеризується психофізичним перенавантаженням особистості, спустошеністю, нівелюванням своїх професійних успіхів, зневажання професійними комунікаціями, зростанням цинічного відношення до тих, з ким доводиться спілкуватися з трудових проблем, розвиненням психосоматичних розладів.

Переважаючими сформованими фазами розвитку емоційного виснаження у медичних працівників реанімаційного відділення є фаза «напруження» (40%), що характеризується відчуттям емоційної виснаженості, знесилення, викликаного своєю трудовою діяльністю, та фаза «виснаження» (40%). Фаза «резистенція» сформована у 35% працівників реанімаційного відділення.

Симптом переживання психотравмуючих ситуацій розвинений у 3% медичних працівників терапевтичного відділення та у 37% – реанімаційного, а це означає, що медики в даний час відчувають вплив психотравмуючих чинників, наростає напруга, яка виливається у відчай і обурення. Нерозв'язність ситуації призводить до розвитку явищ вигорання.

Симптом незадоволеності собою сформований у 3% медпрацівників терапії та у 22% – в реанімації. Це означає, що в основному медичні працівники не відчувають задоволення собою в професії і певними ситуаціями на трудовому місці.

Симптом «загнаності у клітку» у медичних працівників терапевтичного відділення відсутній, тоді як в досліджуваних відділеннях реанімації він сформувався у 43% працівників. А це означає, що такі працівники відчувають чи починають відчувати стан інтелектуально-емоційного затору, «глухого кута», до цього часто призводять організаційні недоліки, буденна рутинна тощо.

Симптом тривоги і напруги у медичних працівників терапії не розвинений, але у 20% медичних працівників реанімаційного відділення він сформувався, що характеризується відчуттям напруження у формі перенесення ситуативної та особистісної тривожності, зневірою в професії.

Симптом неадекватного вибіркового емоційного реагування сформувався у 30% медичних працівників терапевтичного відділення та у 20% – реанімаційного. Це означає, що професіонал неадекватно «щадить» на емоціях, обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркової реакції на ситуації професійної діяльності, емоційний контакт працівник встановлює не з усіма суб'єктами, а вибірково – за принципом «хочу-не хочу» (неадекватно чи вибірково).

Симптом емоційно-моральної дезорієнтації склався у 18% медичних працівників відділення терапії та у 28% – відділення реанімації, що характеризується розвиненням байдужості у професійних відносинах.

Симптом розширення галузі економії емоцій розвинений у 6% медичних працівників терапевтичного відділення та у 31% – реанімаційного, і виявляється в тому, що у медика емоції не заохочують або недосконало стимулюють етичні відчуття. Не розкриваючи необхідного емоційного відношення до пацієнта, працівник прагне захистити себе: шукає виправдання за допущену грубість чи відсутність зацікавлення до суб'єкта, раціоналізує свої дії чи проектує вину на суб'єкта, замість того, аби адекватно признати свою помилку.

Симптом редукції професійних обов'язків сформувався у 9% працівників терапевтичного відділення та у 46% – реанімаційного, що виявляється в згортанні професійної діяльності, прагненні чим менше часу тратити на виконання професійних доручень.

Симптом емоційного дефіциту фіксуємо у 9% медичних працівників відділення терапії та у 17% – відділення реанімації, що характеризується розвиненням емоційної чуттєвості на тлі знесилення, мінімізацією емоційного вкладу в роботу, автоматизмом та самотністю особистості при виконанні трудових обов'язків.

Симптом емоційної відчуженості відмічаємо у 6% медичних працівників терапевтичного відділення та у 37% – реанімаційного відділення. Це означає, що працівник практично повністю виключає емоції з області своєї професійної

діяльності, його абсолютно ніщо не хвилює, не викликає емоційного відгуку: ні позитивні, ні негативні ситуації.

Симптом деперсоналізації у медичних працівників терапевтичного відділення не склався, тоді як у 46% медиків відділення реанімації він утворений, що характеризується розладом професійних відносин, розвиненням цинічних стосунків до тих, з ким доводиться спілкуватися при виконанні професійних доручень та до професійної діяльності взагалі.

Симптом психосоматичних та психоемоційних порушень відмічаємо у 9% медичних працівників відділення терапії та у 40% – відділення реанімації, що характеризується погіршенням фізичного стану, розвиненням таких психосоматичних та психовегетативних розладів, як безсоння, головні болі, проблеми з артеріальним тиском, порушення шлунково-кишкового тракту, розвитком хронічних захворювань тощо.

### **Показники рівнів самооцінки емоційних станів у медичних працівників (за результатами методики «Діагностика рівнів самооцінки емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса)**

Порівняння рівнів самооцінки емоційних станів медичних працівників терапевтичного та реанімаційного відділень за методикою А. Уессмана та Д. Рікса показано на рис. 3.2.1

Як видно з рис. 3.2.1., медичні працівники терапевтичного відділення розцінюють свій емоційний стан як високий, на що вказали 73%. Середній – у 27% обстежуваних, низький – відсутній. Тобто, більшість медичних працівників терапевтичного відділення високо оцінюють свій стан почуттів. Вони відчувають себе в достатній мірі активними, жвавими, ніщо особливо не турбує їх, безтурботними, впевненими в своїх можливостях, достатньо компетентними, вільними від хвилювання.

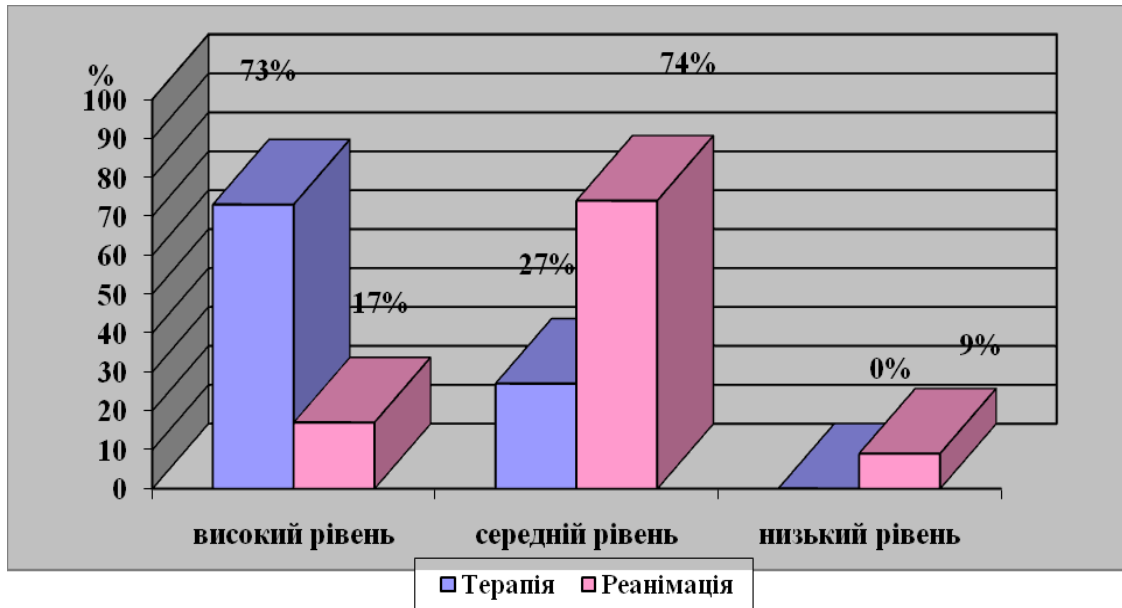


Рис. 3.2.1. Порівняння рівнів самооцінки емоційних станів медичних працівників терапевтичного та реанімаційного відділень за методикою А. Уессмана та Д. Рікса

74% медпрацівників реанімаційного відділення розцінюють свій емоційний стан як середній. Вони відчувають себе трохи занепокоєними, скутими, дещо стомленими, пригнобленими, переживають деяку стурбованість, відчувають, що їх майстерність та хист трохи обмежені. Високу оцінку своєму емоційному стану дають 17% медиків реанімаційного відділення. Низько оцінюють – 9% респондентів, тобто, вони відчувають незадоволеність, тривогу, невпевненість, стомленість, пригнічені своєю млявістю і недоліком здібностей.

**Показники рівнів емпатії у медичних працівників (за результатами методики «Методика для діагностики рівня емпатійних здібностей» В. Бойко)**

Порівняння рівнів емпатії у медичних працівників терапевтичного та реанімаційного відділень за методикою В. Бойко зображено на рис. 3.3.1.



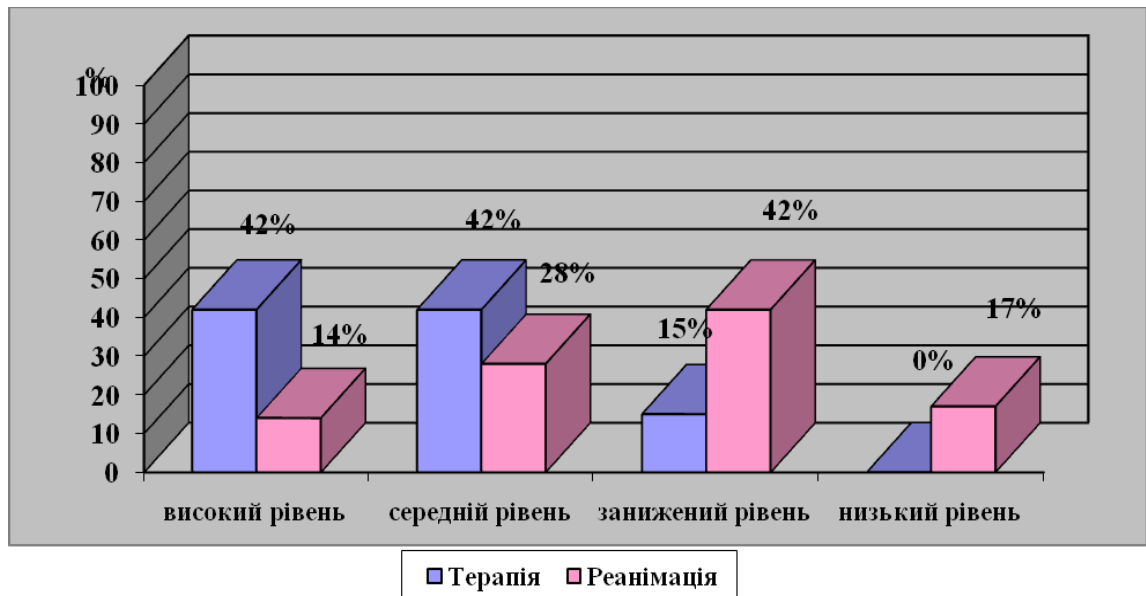


Рис. 3.3.1 Порівняння рівнів емпатії у медичних працівників реанімаційного та терапевтичного відділень за методикою В. Бойко

Як видно з рис. 3.3.1., для більшості медичних працівників терапевтичного відділення характерний високий та середній рівень емпатії, а саме 42%, тоді як в медичних працівників реанімаційного відділення високий рівень емпатії становить 14%, середній – 28%. Занижений рівень здатності до емпатії фіксуємо 15% у медичних працівників терапевтичного відділення, тоді як у медичних працівників відділення реанімації – 42%. Низький рівень прояву емпатії серед працівників терапевтичного відділення не виявлено, водночас 17% опитаних реанімаційного відділення вказують про низький рівень емпатії.

Люди з високим рівнем здатності до емпатії є чуйними до потреб і проблем навколишніх. Вони швидко заводять контакти з навколишніми, не є конфліктними людьми, їм властива відкритість, за що їх шанують інші.

Середній рівень емпатійності притаманний людям, які не відмічаються особливою чутливістю, але бездушними їх назвати не можна; у спілкуванні – уважні, та не приймають надлишкових проявів емоцій іншого; з'являються проблеми у передбаченні розвитку стосунків між людьми, тому часто деякі дії довколишніх стають неочікуваними.

Для результативної взаємодії з пацієнтом, медичний фахівець має зосереджувати більше уваги розвитку етико-гуманних рис, адже цього потребує

медична деонтологія. При дуже низькому рівні емпатії особистість відчуває утруднення при будь-яких зв'язках з довколишніми; вона не розуміє інших людей, не в змозі прийняти поступки, поведінку іншого чи подивитися на труднощі з чужої точки зору; здатність до співчуття дуже низька.

Слід зазначити, що найбільш вираженими каналами емпатії у медичних працівників терапевтичного відділення є проникаюча здатність до емпатії, інтуїтивний та емоційний канали емпатії. Середньо вираженими є раціональний канал та установки, які сприяють емпатії. Найменш вираженим є канал ідентифікації в емпатії.

У медичних працівників реанімаційного відділення найбільш вираженими каналами емпатії є раціональний, що означає направленість уваги, сприйняття і мислення особистості на розуміння змісту будь-якої іншої людини, на її становище, труднощі і поведінку; та інтуїтивний канал емпатії, який дає можливість прогнозувати поведінку іншої особистості, діяти в обставинах нестачі вихідної інформації про неї, схиляючись на досвід, що зберігається в підсвідомості; на рівні інтуїції зачиняються і підсумовуються різні дані про іншу особистість.

Середньо вираженим каналом емпатії в медичних працівників реанімаційного відділення є установки, які сприяють емпатії, за яким ефективність емпатії зменшується, якщо медичний працівник намагається ухилятися від особистих контактів, гадає недоречним показувати цікавість до хворого, якщо упевнив себе спокійно відноситись до переживань і труднощів оточення.

Менше вираженими у медичних працівників реанімаційного відділення є емоційний канал, що відзначається здатністю медиків входити в емоційний резонанс з тими, хто оточує – співчувати; збагнути внутрішній світ іншої особистості, передбачати його поведінку і ефективний мати вплив можливо лише тоді, якщо відбулося енергетичне підлаштування до хворого; канал ідентифікації в емпатії, що відзначається вмінням зрозуміти пацієнта на основі співчуття, віднести себе на місце хворого та проникаюча здатність до емпатії,

яка розцінюється як важлива комунікативна ознака особистості, що дає можливість створювати умови відвертості, довіри, щирості.

Проаналізувавши результати дослідження за трьома методиками, можна зробити висновок, що більшість працівників терапевтичного відділення мають низький рівень вигорання, а саме 85%. Середній рівень емоційного вигорання властивий 12% медичних працівників. 3% медиків мають високий рівень емоційного вигорання. У 9% медичних працівників сформованою є фаза «резистенція», що найбільше проявляється симптомами неадекватного вибіркового емоційного реагування (30%) та емоційно-моральною дезорієнтацією (18%). Оцінюють свій емоційний стан як високий 73% медичних працівників, як середній – 27%, низький – відсутній. Мають високий рівень здатності до емпатії 42% працівників, середній рівень – 42%, занижений – 15%. Низький рівень здатності до емпатії відсутній.

Тоді як більшість медичних працівників реанімаційного відділення – мають середній рівень вигорання, а саме 34%, високий – 26%, низький – 26%, критичний – 14%. У 40% медиків сформованою є фаза «напруження», що проявляється такими симптомами, як переживання психотравмуючих обставин (37%), «загнаності у клітку» (43%). У 35% медичних працівників сформованою є фаза «резистенція», що найбільш проявляється симптомами емоційно-моральної дезорієнтації (28%), розширення галузі економії емоцій (31%), редукції професійних обов'язків (46%). У 40% медичних працівників сформованою є фаза «виснаження», що найбільш проявляється такими симптомами, як емоційна відчуженість (37%), деперсоналізація (46%), психосоматичні та психоемоційні порушення (17%). Оцінюють свій емоційний стан як високий 17% працівників, середній – 74%, низький – 9%. Високий рівень здатності до емпатії у 14% працівників, середній – у 28%, занижений рівень мають 42% медиків, низький – 17%.

**Показники рівню прояву трудоголізму у медичних працівників  
(за результатами методики «Методика для виявлення трудоголізму»  
Є. Ільїна)**

Порівняння рівнів прояву трудоголізму у медичних працівників терапевтичного та реанімаційного відділень зображено на рис. 3.4.1. та 3.4.2.

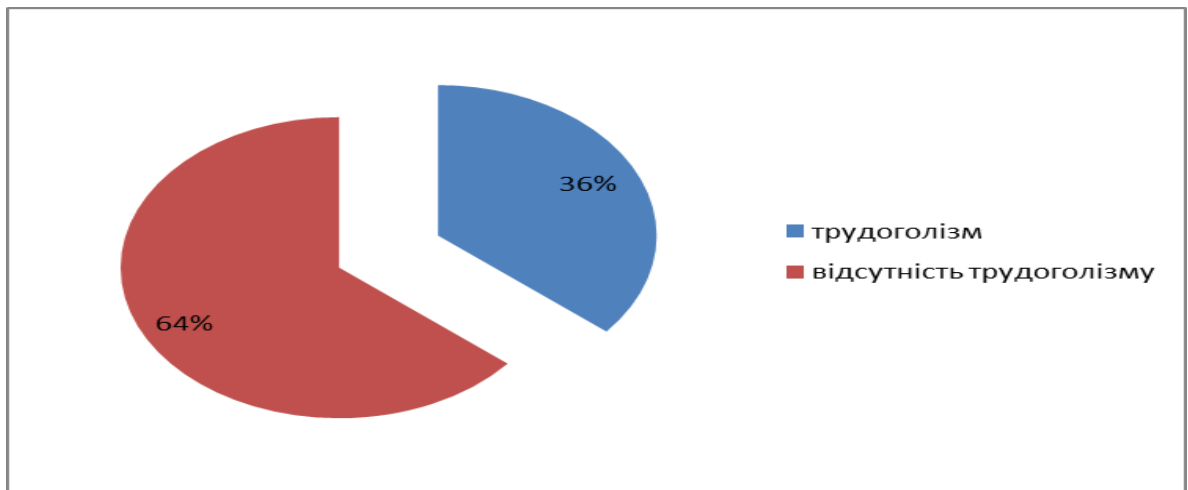


Рис. 3.4. 1. Рівні прояву трудоголізму у медичних працівників відділення терапії

Отже, провівши опитування, можемо зазначити, що для медичних працівників терапевтичного відділення симптоми трудоголізму притаманні 36% вибірки, у 64% опитаних трудоголізм не виявлено.

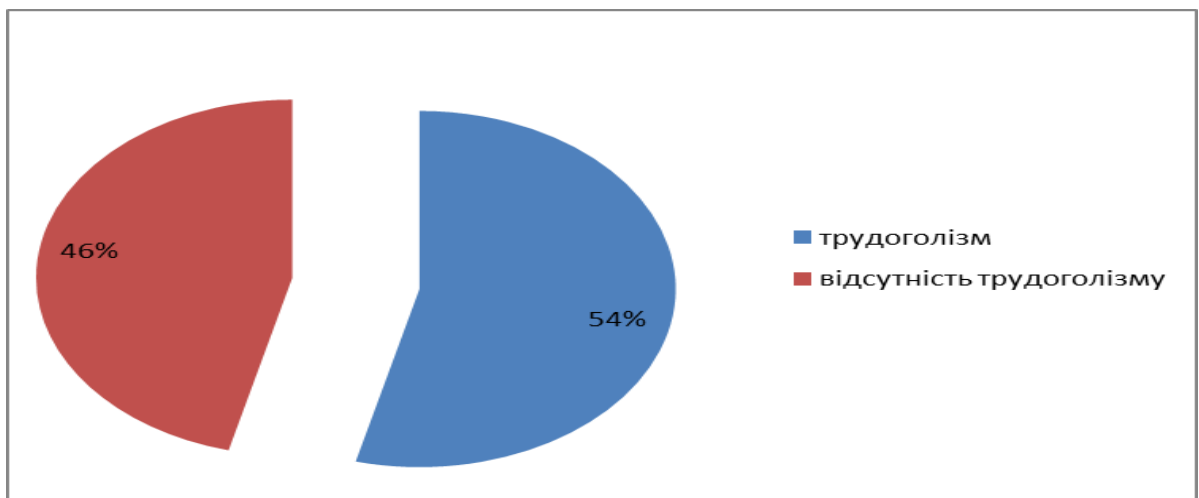


Рис. 3.4. 2. Рівні прояву трудоголізму у медичних працівників відділення реанімації

Дещо іншими виявились результати цього опитування у реанімаційному відділенні. Так, згідно отриманих результатів симптоми трудового вигорання виявлено у 54% досліджуваних, трудовий вигорання не притаманний 46% вибірки.

Таким чином, можемо стверджувати, що трудовий вигорання як професійна адикція особистості є більш властива медичним працівникам, що працюють у реанімаційному відділенні.

### **Визначення значущих статистичних зв'язків між показниками прояву трудового вигорання, симптомами емоційного вигорання та емпатійності за результатами емпіричного дослідження**

Наступний етап дослідження передбачав здійснення вторинного статистичного опрацювання отриманих результатів. Таким чином, з ціллю надати комплексний характер психологічному явищу, що вивчається ми використали метод кореляційного аналізу. Цей метод ґрунтується на урахуванні взаємозалежностей між окремими психологічними характеристиками.

З метою опису значущих статистичних зв'язків між характеристиками трудового вигорання, симптомами емоційного вигорання та емпатійності за характеристиками діагностичних методик ми обчислили кореляційну матрицю та здійснили якісний аналіз значущих кореляційних зв'язків.

Кореляційний аналіз було здійснено на основі отриманих результатів діагностичного дослідження у загальній вибірці – медичні працівники.

Матриця значущих кореляційних зв'язків між різними психологічними показниками подана у додатках (додаток А).

В результаті кореляційного аналізу було виявлено, що трудовий вигорання як професійна адикція особистості корелює із синдромом емоційного вигорання.

Так, можемо зазначити, що існує позитивний зв'язок між трудовим вигоранням та такими психологічними показниками як П1 – Переживання психотравмуючих обставин ( $r=0,4$ ,  $p<0,01$ ), П3 – «Загнаність у клітку» ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), П5 –

Неадекватне вибіркове емоційне реагування ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), П8 – Редукція професійних зобов'язань ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), П13 – Шкала «спокій – тривожність» ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), П16 – Шкала «впевненість в собі – безпорадність» ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ).

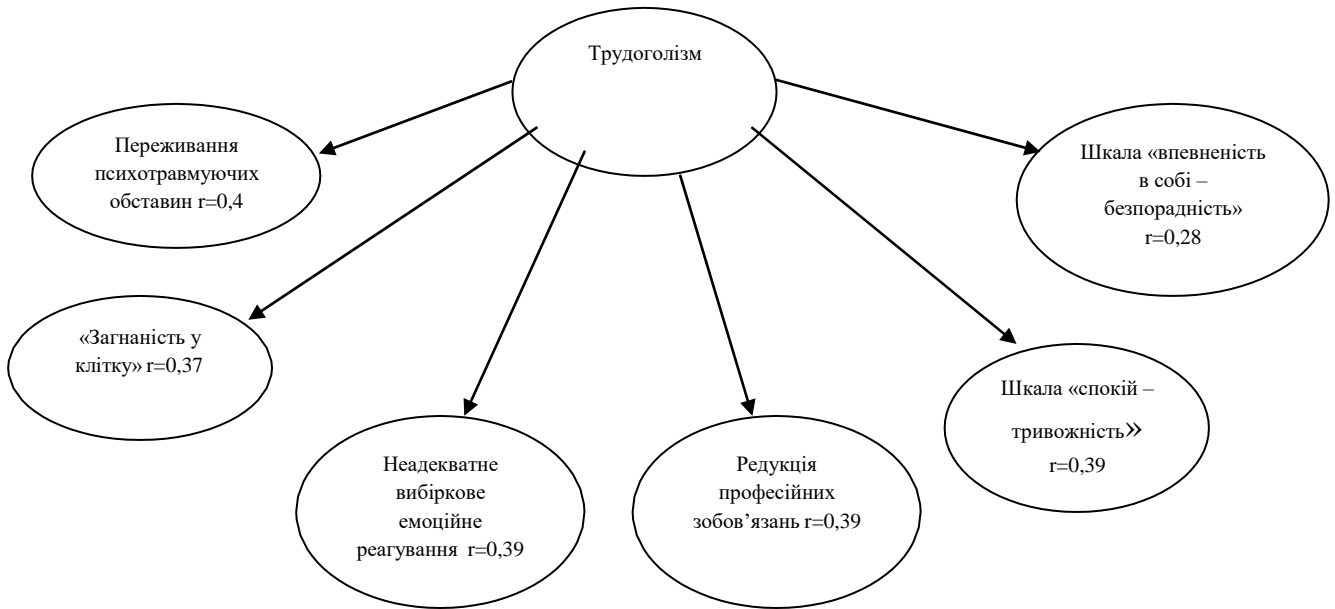


Рис. 3.5.1. Кореляційна плеяда показника «Трудоголізм»

Показник П1 – Переживання психотравмуючих обставин позитивно корелює з такими показниками: П2. Незадоволеність собою ( $r=0,52$ ,  $p<0,01$ ), П4. Тривога і депресія ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), П7. Розширення сфери економії емоцій ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П8. Редукція професійних зобов'язань ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П11. Особистісне відчуження (деперсоналізація) ( $r=0,55$ ,  $p<0,01$ ), П14. Шкала «енергійність – втома» ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П15. Шкала «піднесеність – пригніченість» ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), П23. Трудоголізм ( $r=0,4$ ,  $p<0,01$ ).

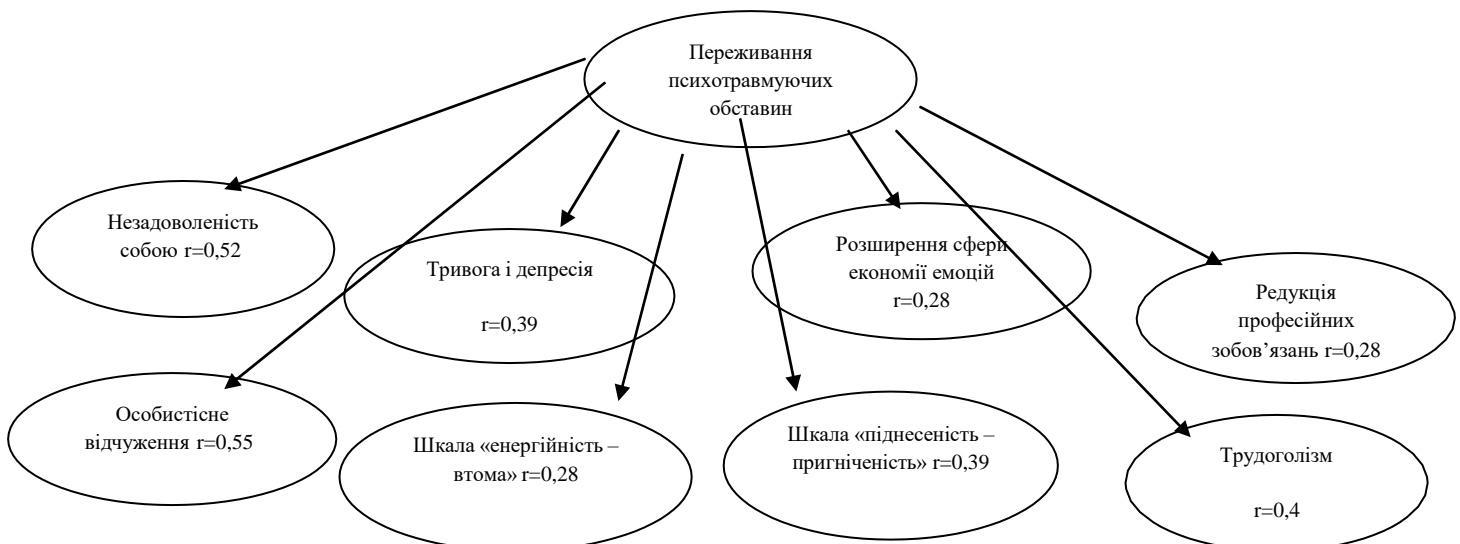


Рис. 3.5.2. Кореляційна плеяда показника «Переживання психотравмуючих обставин»

П2 – Незадоволеність собою позитивно корелює з такими показниками: П4. Тривога і депресія ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), П7. Розширення сфери економії емоцій ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), П10. Емоційне відчуження ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), П15. Шкала «піднесеність – пригніченість» ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ).



Рис. 3.5.3. Кореляційна плеяда показника «Незадоволеність собою»

П3 – «Загнаність у клітку» має позитивні кореляційні зв'язки з такими показниками: П4. Тривога і депресія ( $r=0,4$ ,  $p<0,01$ ), П6. Емоційно-моральна дезорієнтація ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П13. Шкала «спокій – тривожність» ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ), П23. Трудоголізм ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ).

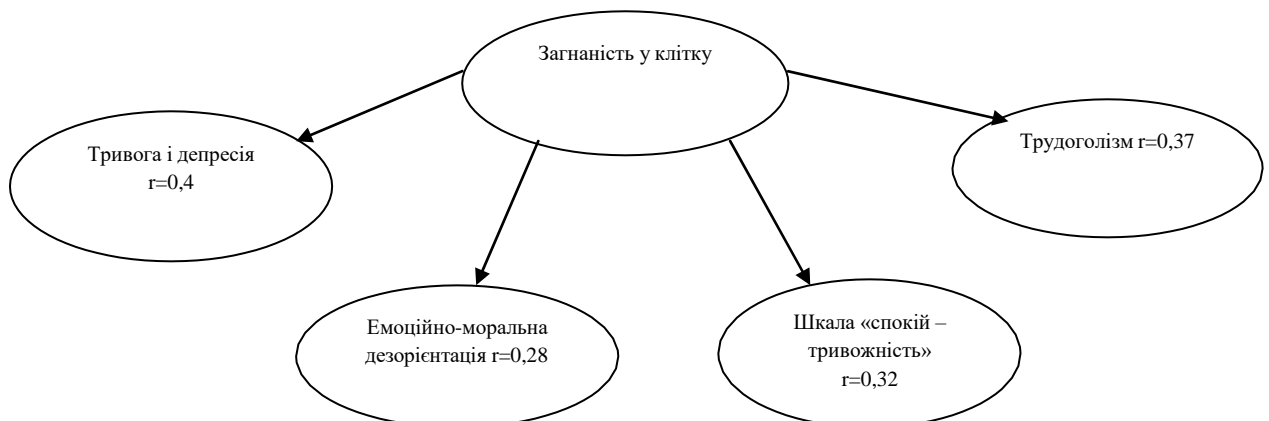


Рис. 3.5.4. Кореляційна плеяда показника «Загнаність у клітку»

П4 – Тривога і депресія має позитивні кореляційні зв'язки з такими показниками: П6. Емоційно-моральна дезорієнтація ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), П7. Розширення сфери економії емоцій ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ), П9. Емоційний дефіцит ( $r=0,4$ ,  $p<0,01$ ), П10. Емоційне відчуження ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), П12. Психосоматичні та психовегетативні порушення ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), П15. Шкала «піднесеність – пригніченість» ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), П16. Шкала «впевненість в собі – безпорадність» ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ).

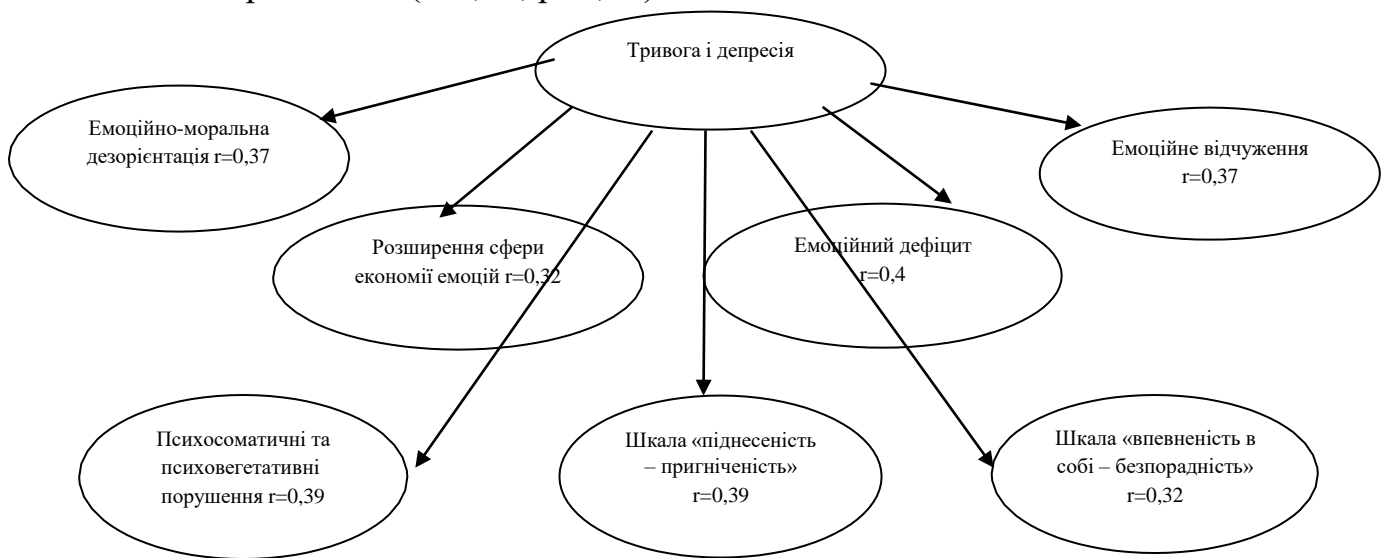


Рис. 3.5.5. Кореляційна плеяда показника «Тривога і депресія»

П5 – Неадекватне вибіркоче емоційне реагування має позитивні кореляційні зв'язки з такими показниками: П6. Емоційно-моральна дезорієнтація ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), П7. Розширення сфери економії емоцій ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), П9. Емоційний дефіцит ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П10. Емоційне відчуження ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П14. Шкала «енергійність – втома» ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П23. Трудоголізм ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ).



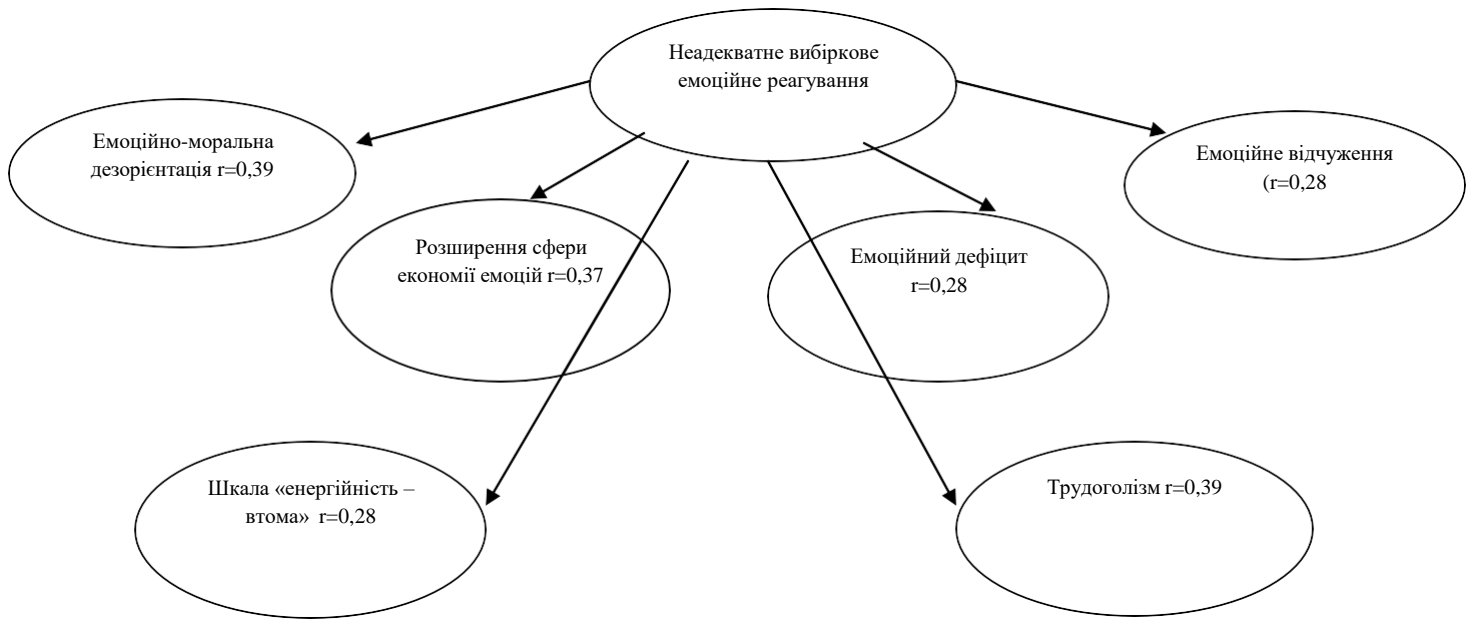


Рис. 3.5.6. Кореляційна плеяда показника «Неадекватне вибіркове емоційне реагування»

П6 – Емоційно-моральна дезорієнтація має позитивні кореляційні зв'язки з такими показниками: П7. Розширення сфери економії емоцій ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), П9. Емоційний дефіцит ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П10. Емоційне відчуження ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), П11. Особистісне відчуження (деперсоналізація) ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), П14. Шкала «енергійність – втома» ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ).

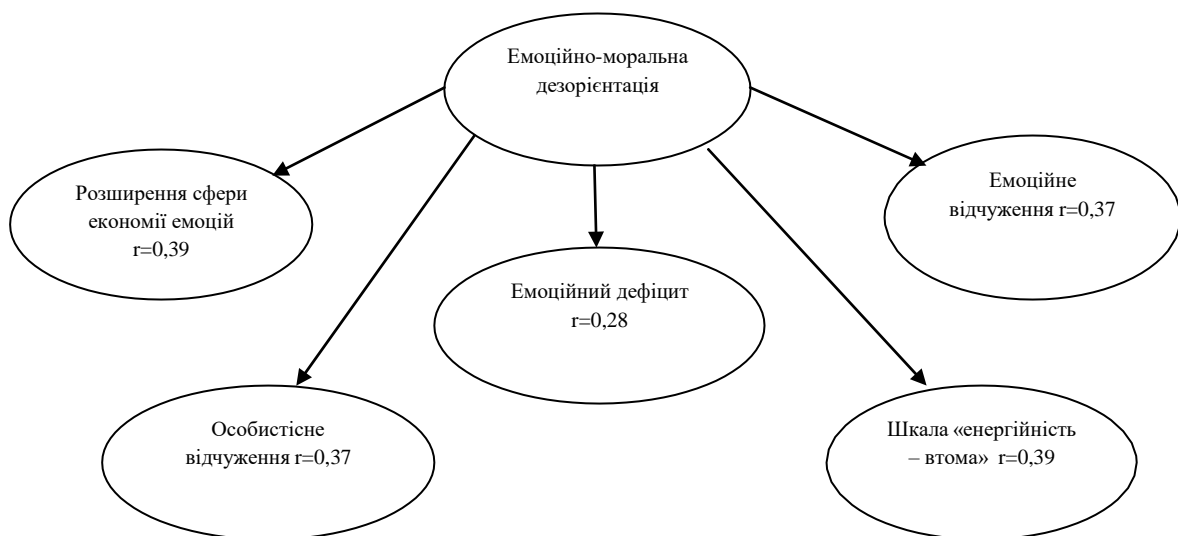


Рис. 3.5.7. Кореляційна плеяда показника «Емоційно-моральна дезорієнтація»

П7 – Розширення сфери економії емоцій позитивно корелює з такими показниками: П9. Емоційний дефіцит ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ), П10. Емоційне відчуження ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П11. Особистісне відчуження (деперсоналізація) ( $r=0,4$ ,  $p<0,01$ ), П15. Шкала «піднесеність – пригніченість» ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ).

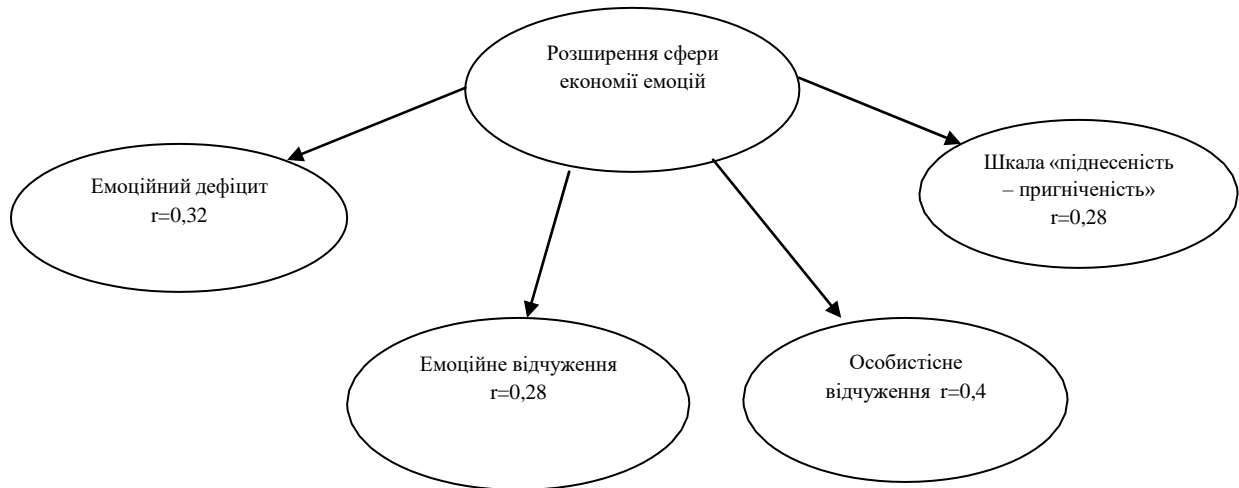


Рис. 3.5.8. Кореляційна плеяда показника «Розширення сфери економії емоцій»

П8 – Редукція професійних зобов'язань має позитивні кореляційні зв'язки з такими показниками: П12. Психосоматичні та психовегетативні порушення ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П23. Трудоголізм ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ).

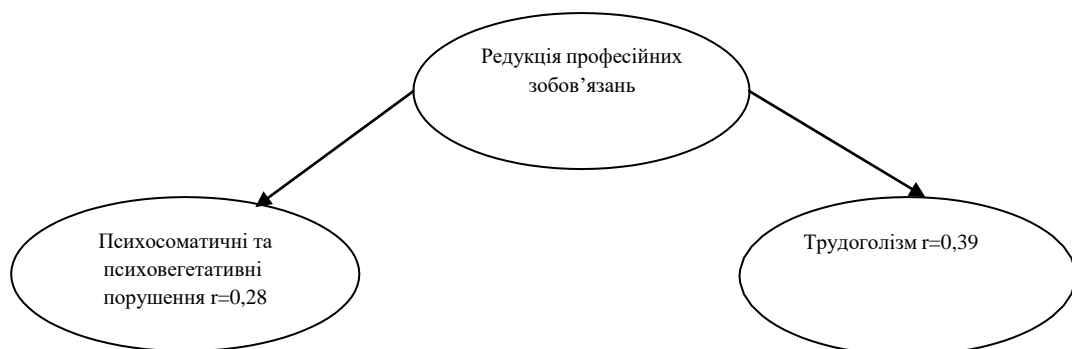


Рис. 3.5.9. Кореляційна плеяда показника «Редукція професійних зобов'язань»

П9 – Емоційний дефіцит позитивно корелює з такими показниками: П10. Емоційне відчуження ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П11. Особистісне відчуження (деперсоналізація) ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ), П18. Емоційний канал емпатії ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ).

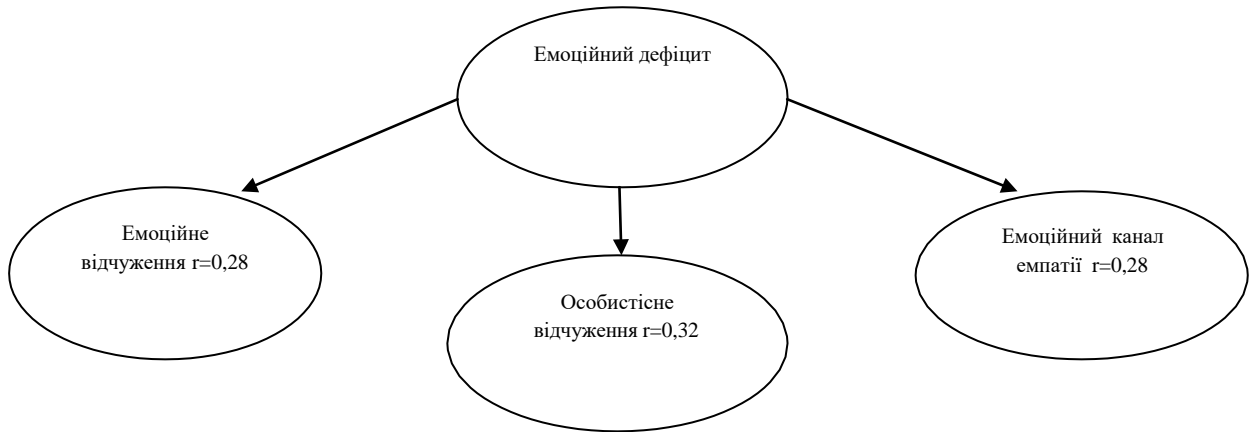


Рис. 3.5.10. Кореляційна плеяда показника «Емоційний дефіцит»

П10. Емоційне відчуження має позитивні кореляційні зв'язки з такими показниками: П11. Особистісне відчуження (деперсоналізація) ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), П12. Психосоматичні та психовегетативні порушення ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ), та негативний кореляційний зв'язок з П21. Проникаюча здатність до емпатії ( $r=-0,39$ ,  $p<0,01$ ).

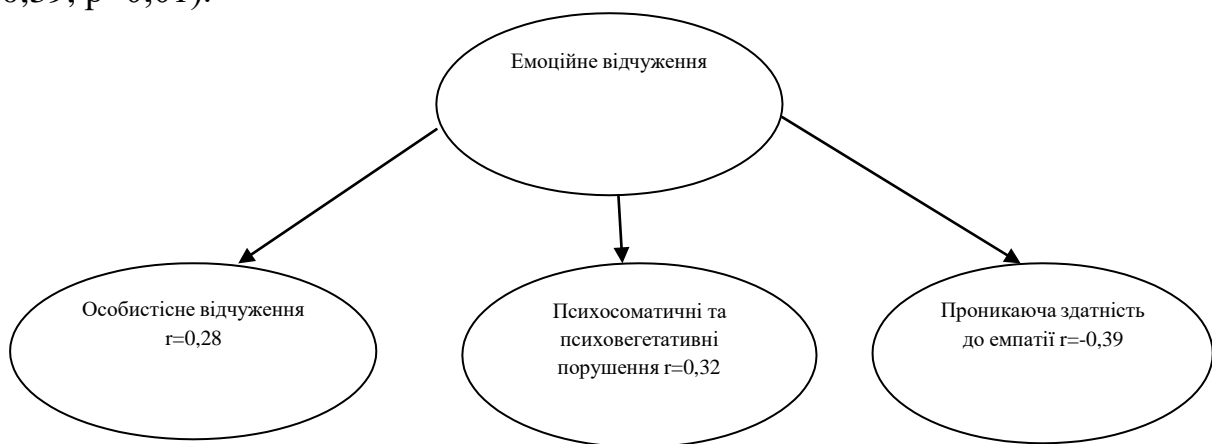


Рис. 3.5.11. Кореляційна плеяда показника «Емоційне відчуження»

П11 – Особистісне відчуження (деперсоналізація) позитивно корелює з такими показниками: П12. Психосоматичні та психовегетативні порушення

( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), та негативний кореляційний зв'язок з П21. Проникаюча здатність до емпатії ( $r=-0,39$ ,  $p<0,01$ ).

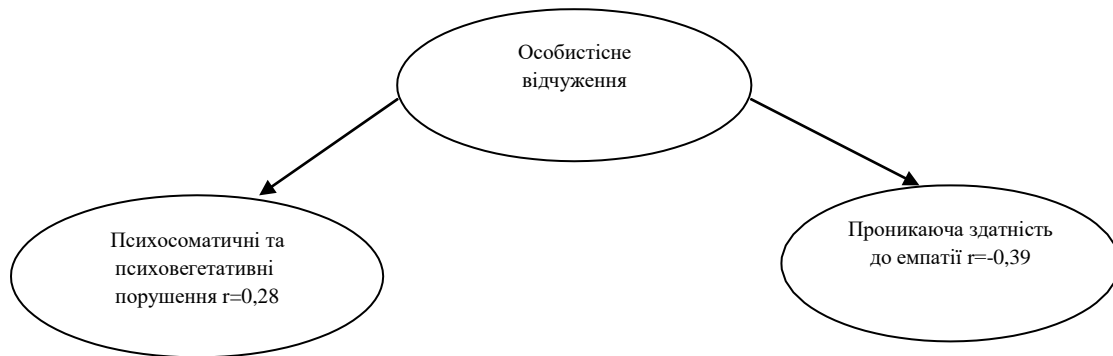


Рис. 3.5.12. Кореляційна плеяда показника «Особистісне відчуження (деперсоналізація)»

П13. Шкала «спокій – тривожність» має позитивний кореляційний зв'язок з таким показником: П23. Трудоголізм ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ).

П14. Шкала «енергійність – втома» має позитивні кореляційні зв'язки з такими показниками: П15. Шкала «піднесеність – пригніченість» ( $r=0,4$ ,  $p<0,01$ ), П16. Шкала «впевненість в собі – безпорадність» ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ).



Рис. 3.5.13. Кореляційна плеяда показника «Шкала «енергійність – втома»

П15. Шкала «піднесеність – пригніченість» має позитивний кореляційний зв'язок з таким показником: П20. Установки, які сприяють емпатії ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ).

П16. Шкала «впевненість в собі – безпорадність» має позитивний кореляційний зв'язок з таким показником: П23. Трудоголізм ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ).

Таким чином, в результаті кореляційного аналізу було виявлено, що трудоголізм як професійна адикція особистості корелює із синдромом

емоційного вигорання. Так, можемо зазначити, що існує позивний зв'язок між трудоголізмом та такими психологічними показниками як переживання психотравмуючих обставин, «загнаність у клітку», неадекватне вибіркоче емоційне реагування, редукція професійних зобов'язань, шкала «спокій – тривожність», шкала «впевненість в собі – безпорадність».

### **Практичні рекомендації з профілактики та подолання трудоголізму та синдрому емоційного вигорання**

Значною складністю у подоланні трудоголізму – є те, що людина здатна заперечувати наявність такої залежності у себе. До того часу, поки не прийде усвідомлення наявності цієї проблеми, допомога психолога буде неможливою. Щоб вирішити проблему трудоголізму, людина сама, усвідомивши проблему має звернутися до фахівців – психотерапевта чи психолога. Це звернення має бути має бути добровільним [16;18].

Слід зазначити, що у Європі вже досить давно існують спеціалізовані клініки куди звертаються залежні з проблемою адитивної поведінки, зокрема і трудоголізмом. Методи лікування різні – від різних видів масажу, медитативними техніками, корекцією харчування, до участі у консультаціях та тренінгах [16;18].

Науковцями була помічена схожість між неконтрольованим потягом до роботи (трудоголізмом) і алкоголізмом. Це дозволило лікарям віднайти способи та методи лікування трудоголізму. Важливо зазначити, що в США існують організації та групи анонімних трудоголіків – функціонують вони за аналогією з групами анонімних алкоголіків. Клуби анонімних трудоголіків досить поширені в Західній Європі, США та Японії. Слід зазначити, що клуби анонімних трудоголіків найбільш поширені у країнах, де вітається та підтримується відповідальне та сумлінне ставлення до діяльності. У таких групах та організаціях залежні мають можливість допомагати один одному, а також отримувати кваліфіковані поради різних фахівців – лікарів,

психотерапевтів, консультантів, психологів. Адже, вирішити проблему значно легше, коли поряд знаходяться люди, що мають схожі адикції [16;18].

Цікавою для розгляду є організація, що функціонує в Німеччині – «AAS». Робота у цій програмі базується на відомій методиці «Дванадцять кроків», слоган роботи звучить так: «Ми признаємо, що наше прагнення до роботи має патологічний характер, ми змушені тверезо подивитися на прожите нами життя і зробити висновки» або: «Ми мало часу і уваги приділяємо своїм близьким, завдаємо цим шкоду і біль, – від сьогодні ми будемо повертати їм любов, турботу і тепло і, які їм заборгували».

Ще однією із відомих організацій, що лікує трудоголіз є Товариство трудоголіків в Швейцарії, яке має назву «Божевільні трудівники».

В Естонії лікують труд оголів, використовуючи ліки та фізіотерапію [16;18].

Психотерапія трудоголізму покликана виконати низку завдань:

- посприяти уповільнити темп життя. Розглядаються можливі варіанти, як і що потрібно зробити для того, щоб довільно уповільнити темп життя;

- навчити використовувати техніки, що дозволяють розслаблятися. Навчання та використання медитативних технік або основам йоги, спілкування з близькими та друзями або навіть масаж чи теплі ванни сприяють досягненню спокою та рівноваги, знімають тривожність;

- допомогти переоцінити та навчитися цінувати стосунки з близькими, з друзями з членами своєї сім'ї. Спілкування та взаємодія з членами сім'ї є цінною, тому варто знаходити способи і можливості, щоб зміцнити сімейні зв'язки;

- проводити більше часу з родиною, організувати сімейні свята, започатковувати сімейні традиції. Адже, таке спілкування приносить задоволення, згуртовує сім'ю, дозволяє зробити життя цікавим, насиченим, таким, що приносить справжнє задоволення;

- навчити клієнтів переключатися і повертатися до соціального ритму. Напрацювати план чи стратегію формування дружніх стосунків та включення в суспільне життя;

- навчитися жити за принципом – життя «тут і тепер». Щоб одержувати задоволення від життя, зняти занепокоєння майбутнім необхідно жити сьогоденням;

- стимулювати клієнтів на самовиховання, самозаохочення та самовдосконалення. Трудоголіки в значній мірі не дозволяють собі жити повноцінно, не дозволяють собі розслабитися, тому важливо навчитися практикувати самозаохочення;

- пам'ятати про важливість дієти, здорового харчування, активного способу життя, відпочинку та фізичних вправ й навантаження. Гарна фізична форма і емоційний стан потрібні для належного функціонування та позбавлення від залежної поведінки;

- посприяти клієнтам пережити кризи їх дитинства. Трудоголіки в значній мірі відчувають такі емоції як сором, злість, агресію, сум щодо до подій свого минулого. Можливість позбавитися від цих негативних переживань дає змогу підвищити чи оптимізувати самооцінку, переоцінити та перебудувати своє життя [16;18].

Слід зазначити, що за певних умов так званий нормальний трудоголізм може набути форму деструктивного. Тому здійснення профілактичних заходів, створення оптимального режиму праці та відпочинку необхідно для гармонічного функціонування особистості та зменшення ризику виникнення адитивних форм поведінки.

Синдром емоційного вигорання – захворювання, на яке, на жаль, не завжди звертається увага. Часто вважають, що лікування в даному випадку не потрібне, однак синдром емоційного вигорання насправді несе значу загрозу як фізичному так і психічному здоров'ю людини.

Відчувши перші симптоми емоційного вигоання, люди вважають, що їм потрібно докласти максимум зусиль, «напружитися» і заершити ту справу над

якою працюють, всупереч перевтомі, поганому самопочуттю і душевному занепаду. Однак, насправді при перших його проявах варто зупинитися, сповільнити виконання завдання. Суть сповільнення – не витратити більше часу на роботу, а робити досить значні перерви у роботі. Протягом таких перерв та відпочинку слід займатися тим, що подобається, що приносить справжнє задоволення. Не варто забувати і про само заохочення – зробив справу, зробив щось приємне для себе. Таке заохочення – стимулює робити свою роботу значно швидше та більш якісно. Слід подумки фіксувати кожний факт виконання корисної справи, це дає можливість отримувати внутрішнє задоволення та надає сили, підвищує інтерес до життя. Але, не кожне виконання професійної діяльності може дозволити робити такі перерви – і прояесія медичного працівника не виключення. Тому, якщо відчуваються симптоми емоційного вигорання, погіршується самопочуття, слід попросити позачергову відпустку чи взяти лікарняний листок на деякий час. Цей час потрібний, щоб віновитися, стабілізувати свою емоційну сферу, проаналізувати ситуацію та причини, що спровокували виникнення синдрому емоційного вигорання [24].

Одна із найбільш ефективних технік боротьби з синдромом емоційного вигорання – аналіз причин, що призвели до його виникнення. У даному випадку не зайвим буде озвучити свої переживання та думки з цього приводу іншим людям – близьким, психологу чи психотерапевту. Однією із стратегій подолання синдрому емоційного вигорання – написати на аркуші паперу причини виникнення цього явища та лишити місце для написання пункту про шляхи вирішення проблеми. Такий деталізований опис та написання плану вирішення проблем дає змогу виявити пріоритети, отримати підтримку близької людини, а зтакож стане у пригоді запобіганню нових емоційних зривів [24].

Слід пам'ятати і про здійснення профілактики синдрому емоційного вигорання. Синдром емоційного вигорання розвивається на ґрунті фізичного і психічного виснаження людини. Таким чином, запобігти виникненню



означеного синдрому допоможуть профілактичні заходи, які будуть спрямовані на зміцнення фізичного та психічного здоров'я.

Фізична профілактика виникнення синдрому емоційного вигорання включає:

- дієтичне та правильне харчування, з мінімальною кількістю жирів, але зі значною кількістю вітамінів, рослинної клітковини та мінералів;
- заняття фізкультурою, активний спосіб життя, або, як мінімум, часті прогулянки на свіжому повітрі;
- повноцінний сон (не менше восьми годин на добу);
- дотримання режиму дня, поєднання роботи та відпочинку.

Психологічна профілактика синдрому емоційного вигорання включає:

- неодмінний вихідний день раз в тиждень, протягом займатися тим, що хочеться і приносить задоволення;
- «очищення» від тривожних та негативних думок, проблем шляхом здійснення аналізу;
- визначення пріоритетів (першочергово виконувати найважливіші справи, а решта - по мірі можливості);
- використання технік медитації і аутотренінги;
- використання ароматерапії [24].

З метою недопущення виникнення синдрому емоційного вигорання чи його посилення фахівці рекомендують навчитися приймати втрати. Розпочати боротися із синдромом значно простіше, коли поглянути своїм страхам «у вічі», прийняти те, що вже відбулося і змінити цю подію вже не можливо. До прикладу, втрачений смисл життя або життєдіяльна енергія. Слід це усвідомити та розпочати все з початку: знайти новий сенс і стимули, нові ресурси енергії.. одним із найбільш важливих умінь – здатність відмовитися від непотрібних речей та видів діяльності, прагнення робити все якнайкраще без відпочинку спонукає до виникнення синдрому емоційного вигорання.

Важливо навчитися визначати для себе основні життєві цілі і зосередити увагу на їх досягненні. Слід бути оптимістом, відганяяти погані думки.

Оптимізм, позитивне мислення, емоційна стабільність – це запорука психічного здоров'я та благополуччя. Важливо достатньо приділяти часу для відпочинку та повноцінного сну. Корисним буде робити впродовж дня короткі перерви від роботи, навчитися в цей час відволікатися від діяльності і розслаблятися. Значну роль у профілактиці та подоланні синдрому емоційного вигорання відіграє спілкування, тому не слід нехтувати ним та обговорювати свої емоції та проблеми з близькими. Важливо проводити більше часу з родиною, друзями. Слід навчитися «любити» себе і знаходити час для себе. Якщо виникають проблеми їх варто не лише переживати, але і знаходити шляхи їх вирішення. Одним із найкращих засобів зняття нервової напруги є фізичні навантаження. Зняти нервову напругу також допоможе зміна діяльності, варто займатися улюбленою справою, приділяти час своїм хобі – це додасть позитивних емоцій. Планувати потрібно не лише свій робочий день, але і відпочинок. Варто навчитися правильно встановлювати пріоритети, не виконувати кілька справ одночасно, використовувати техніки тайм-менеджменту [24].

## ВИСНОВКИ

Таким чином, у результаті проведеного теоретико-методологічного аналізу встановлено, що існує безліч підходів до розуміння поняття, структури феномену трудоголізму та синдрому емоційного вигорання.

1. Найчастіше поняття трудоголізму трактують як потяг людини до роботи, який витісняє всі інші потреби та інтереси, заповнює собою життя. Трудоголізм є втечею від реальності через зміну свого психічного стану, який досягається фіксацією на роботі. Залежна від трудоголізму особа до виконання своєї роботи не прагне у зв'язку із економічною необхідністю, робота замінює все: розваги, любов, інші види активності.

Більшість вітчизняних та зарубіжних науковців розглядають трудоголізм як деструктивну залежність. Однією з важливих характеристик трудоголізму є компульсивне прагнення до успіху, постійного та схвалення від оточення.

Трудоголізм супроводжується змінами емоційно-вольової сфери. Зростає емоційне спустошення, знижується рівень емпатії. Міжособистісні стосунки сприймаються як обтяжливі і потребують великих затрат енергії, спостерігається уникнення у спілкуванні.

2. Синдром емоційного вигорання є важким психофізіологічним феноменом, який визначається як емоційне, розумове й фізичне знесилення із-за постійного емоційного навантаження, яке виражається в пригніченому стані, почутті втоми й спустошеності, недостатку енергії й ентузіазму, втраті здатності бачити позитивні підсумки своєї праці, негативній установці стосовно себе, діяльності й буття взагалі. У медпрацівника, що зазнає емоційного виснаження, проявляються різні симптоми фізичних знесилень: головний біль, втрата сну, апетиту або схильність до переїдання, зловживання заспокійливими або збудливими препаратами тощо.

Емоційна спрямованість є важливою в роботі медичних працівників. Вона дає можливість отримувати насолоду від обраної спеціальності, але є тільки однією зі сторін людської особистості. Повною мірою особистість у професії

може розкрити свій творчий потенціал тоді, коли усвідомить сутність своєї роботи, смисл свого існування. При невідповідності особистості і професії, втраті смислу своєї діяльності виникає досить висока небезпека виникнення емоційного вигорання.

3. Результати проведеного емпіричного дослідження за методикою визначення рівня емоційного вигорання В. Бойко показали, що значна частина медичних працівників терапевтичного відділення властивий низький рівень емоційного вигорання. Вони вміють відокремлюватись, дистанціюватись від чужих переживань, особливо негативних, а також нівелювати всі спірні ситуації сміхом та жартами – це допомагає їм сконцентруватись на вирішенні якогось питання, трудового доручення, наданні необхідної підтримки. Відшуковують час для себе, не стараються бути ліпшими завжди і скрізь. Вміють ділитися своїми страхами, не зачиняються в собі.

Для більшості медичних працівників реанімаційного відділення властиві середній, високий та критичний рівні емоційного вигорання. Для них характерні постійне переживання, брак часу, хронічна дратівливість, відчуття пригніченості, переживання невдоволеності своєю ефективністю і якістю життя.

Домінуючою сформованою фазою розвитку емоційного вигорання у медичних працівників терапевтичного відділення є «резистенція», що визначається скороченням трудових обов'язків, зниженням взаємодії із співробітниками та пацієнтами, бажанням побути на самоті, неадекватною емоційною реакцією, емоційно-моральною дезорієнтацією тощо.

У більшості медичних працівників реанімаційного відділення сформованими є фази «напруження», «резистенція» та «виснаження».

Синдром емоційного вигорання у медичних працівників терапевтичного відділення найбільш проявляється симптомом неадекватного вибіркового емоційного реагування та симптомом емоційно-моральної дезорієнтації. Це означає, що професіонал неадекватно «економить» на емоціях, обмежує

емоційну віддачу за рахунок вибіркової реакції на ситуації, встановлює емоційний не зі всіма суб'єктами взаємодії, байдужий у професійних стосунках.

У медичних працівників реанімаційного відділення синдром емоційного вигорання найбільш проявляється симптомами переживання психотравмуючих обставин, «загнаності у клітку», розширення галузі економії емоцій, симптомом редукції професійних обов'язків, емоційної відчуженості, деперсоналізації та

симптомом психосоматичних та психоемоційних порушень. Це означає, що медики в даний час відчують вплив психотравмуючих чинників, наростає напруга, яка виливається у відчай і обурення. Нерозв'язність ситуації призводить до розвитку явищ вигорання. Медичні працівники відчують чи починають відчувати стан інтелектуально-емоційного затору, глухого кута. До цього здатні призводити організаційні недоліки, буденна рутинна тощо. Емоції

не заохочують або недосконало стимулюють етичні відчуття. Не розкриваючи необхідного емоційного відношення до пацієнта, вони захищають свою стратегію: виправдовуються перед собою за допущену грубість чи відсутність зацікавлення до суб'єкта, раціоналізують свої дії чи проєктують вину на суб'єкта, замість того, аби адекватно признати свою помилку. Медичний

працівник практично повністю виключає емоції з області своєї трудової діяльності. Властивими є порушення спілкування у професійних стосунках, прояви цинічного ставлення до тих, з ким трапляється спілкуватися при реалізації професійних обов'язків, відчувається погіршення фізичного здоров'я.

Як показали результати дослідження за методикою визначення самооцінки емоційних станів А. Уессмана та Д. Рікса, більшість медичних працівників терапевтичного відділення високо оцінюють свій емоційний стан.

Вони відчують себе досить енергійними, в міру бадьорими, ніщо особливо не турбує їх, життєрадісними, впевненими в своїх здібностях, досить компетентними, вільними від занепокоєння. Тоді як більшість медичних працівників реанімаційного відділення оцінюють свій емоційний стан як середній. Вони відчують себе дещо занепокоєними, скутими, злегка

стомленими, трохи пригніченими, переживають деяку заклопотаність, відчують, що їх вміння та здібності дещо обмежені.

Як показали результати дослідження за методикою діагностики рівня здатності до емпатії В. Бойко, більшість медичних працівників терапевтичного відділення мають високий та середній рівні емпатії. Люди з високим рівнем здатності до емпатії є чутливими до потреб і проблем навколишніх. Вони скоро встановлюють контакти з оточуючими, не є конфліктними людьми, їм властива відкритість, за що їх цінують інші.

Середній рівень емпатійності притаманний людям, які не відмічаються особливою чутливістю, але бездушними їх назвати не можна; у спілкуванні – уважні, та не приймають надлишкових проявів емоцій іншого; з'являються проблеми у передбаченні розвитку стосунків між людьми, тому часто деякі дії довколишніх стають неочікуваними.

Тоді як у більшості медичних працівників реанімаційного відділення переважає занижений рівень здатності до емпатії, що характеризується труднощами при встановленні контактів з іншими; емоційні прояви у поведінці оточуючих здаються їм незрозумілими, а то й безглуздими; надають перевагу праці наодинці, а не з людьми; вузьке коло друзів, цінують їх здебільшого за ділові якості та розум, аніж за чутливість та емоційність.

Найбільш вираженими каналами емпатії у медичних працівників терапевтичного відділення є проникаюча здатність до емпатії, інтуїтивний та емоційний канали емпатії. Емоційний канал відзначається здатністю медиків входити в емоційний резонанс з тими, хто оточує – співчувати; розуміти емоційний стан іншої людини, передбачати її поведінку. Проникаюча здатність до емпатії розцінюється як важлива комунікативна властивість людини, що дозволяє створювати атмосферу відвертості, довірливості, задушевності. Інтуїтивний канал емпатії дозволяє передбачати поведінку іншої людини, діяти в умовах дефіциту вихідної інформації про неї, опираючись на власний на досвід, що міститься у підсвідомості; на рівні інтуїції узагальнюють різні дані про іншу особистість.

У медпрацівників реанімаційного відділення найбільш вираженими каналами емпатії є раціональний, що характеризує спрямованість уваги, сприйняття і мислення індивідуума на розуміння суті будь-якої іншої людини, на її стан, проблеми і поведінку та інтуїтивний канал емпатії.

Як показали результати дослідження за методикою діагностики прояву трудоголізму Є. Ільїна, у медичних працівників терапевтичного відділення цей феномен притаманний третині вибірки, тоді як для медичних працівників реанімаційного відділення показник його наявності виявлено у понад п'ятдесяти відсотків досліджуваних.

Кількісні та якісні показники рівнів прояву синдрому емоційного вигорання та трудоголізму у медичних працівників реанімаційного відділення вищі, ніж у медичних працівників терапевтичного відділення. Медичні працівники реанімаційного відділення більшою мірою схильні переживати синдром емоційного вигорання та трудоголізму, ніж працівники терапії. Для медичних працівників реанімаційного відділення властиве формування усіх фаз емоційного вигорання. Для них характерними є надмірне емоційне виснаження, відсутність інтересу до роботи, відчуття втоми, небажання спілкуватись із співробітниками по роботі. Це може бути зумовлено рівнем складності захворюваності пацієнтів, що вимагає більшої уваги, догляду, підвищеною смертністю.

В результаті кореляційного аналізу було виявлено, що трудоголізм як професійна адикція особистості корелює із синдромом емоційного вигорання. Так, можемо зазначити, що існує позитивний зв'язок між трудоголізмом та такими психологічними показниками як переживання психотравмуючих обставин, «загнаність у клітку», неадекватне вибіркоче емоційне реагування, редукція професійних зобов'язань, шкала «спокій – тривожність», шкала «впевненість в собі – безпорадність».

Таким чином, проведене дослідження є інформативним та актуальним. Результати дослідження важливі для розуміння причин розвитку синдрому емоційного вигорання та трудоголізму у медичних працівників та можуть стати

основою методичних рекомендацій по профілактиці синдрому емоційного вигорання та трудоголізму у працівників медичних закладів.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов Дмитро Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Вип. 6, № 2. С. 28-33.
2. Батюх О. В. Синдром емоційного вигорання у медичних сестер, *Медсестринство*. 2018. № 1. С. 11–13.
3. Безносков С. П. Професійна деформація особистості. 2004. 272 с.
4. Біомедична етика. 2018. 160 с.
5. Бойко В. В. Энергия эмоций. Питер, 2004. 474 с.
6. Брецько І. І. Психоемоційне вигорання особистості: теоретико-методологічні аспекти *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. Вип. 16. К., 2010. 79 с.
7. Брецько І. І. Психологічна симптоматика емоційного вигорання особистості *Проблеми сучасної психології : Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*. Кам'янець-Подільський. 2011. 119 с.
8. Вірна Ж. П. Основи професійної орієнтації : Навч. посіб. Луцьк: 2003. 154 с.
9. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики. Харків: 2017. 392 с.
10. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. Питер. 2005. 336 с.
11. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки. Київ. 2009.
12. Гнезділов Д. Ю. Психологічні особливості емпатійних типів особистості : автореф. дис..... канд. психол. наук : 19.00.01. Одеса, 2013. 20 с.
13. Гусакова І. В. Емпатичні здібності сучасних студентів-медиків *Проблеми безперервної медичної науки та освіти*. 2017. № 3. С. 13–15.

14. М. Драга, О. П. Мялюк, І. Я. Криницька Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників *Медсестринство*. 2017. № 3. с. 48-51
15. Дудяк В. В. Емоційне вигорання. Київ. 2007. 125 с.
16. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І., Грубі Т. В. Діагностика перфекціонізму та трудоголізму особистості: психологічний практикум – Кам’янець-Подільський : Медобори-2006, 2018. – 64 с.
17. Клейберг Ю. А. Психологія девіантної поведінки: Навчальний - посібник для вузів. Львів: 2001. 160 с.
18. Короленко Ц. П. Роботоголізм – респектабельна форма адиктивної поведінки // Огляди психіатричних і мед. психол. 1993. №4. 29 с.
19. Кочарян І. О. Типологічні особливості організації особистісного симптомокомплексу відповідальності *Актуальні проблеми практичної психології. Збірник наукових праць*. Херсон. 2006. 123 с.
20. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоед’юкативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу. *Психіатрія*. 2019. № 1. С. 34–39.
21. Максимова Н. Ю. Соціально-психологічний аспект адиктивної поведінки підлітків та молоді. Київ. 2017. 200 с.
22. Маценко Ж. М. Духовність: феномен психології та об’єкт виховання. Київ: 2016. 100 с.
23. Міщенко М. С. Особливості дослідження синдрому емоційного вигорання за допомогою методики «діагностика рівня емоційного вигорання *Young Scientist*. 2015. № 4 (19). С. 103–105.
24. Методичні рекомендації «Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери». Львів. 2008. 53 с.
25. Малхазов О. Р. Психологія праці: навчальний посібник. Київ. 2018. 206 с.
26. Назар П. С. Основи медичної етики. Київ: 2012. 344 с.

27. Назаренко І.П. синдром емоційного вигорання серед медичних працівників психіатричної сфери <http://www.mif-ua.com/archive/article/20574>:
28. Основи практичної психології: Підруч. для вищ. навч. закладів освіти. Київ: 2018. 450 с.
29. Павлюк Т. М. Емпатійна позиція у професійній діяльності медичної сестри *Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. пр.* Київ. 2006. Т. 8. Вип. 5. С. 264-270.
30. Павлюк Т. М. Емпатійність у прояві комунікативних установок медсестер // *Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка»*. 2005. Вип. 6. Ч.1. 224 с.
31. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я: Навчальний посібник . Київ. 2020. 271 с.
32. Руденко В. М. Математичні методи в психології: підручник. Київ. 2009. 384 с.
33. Сиско Н. М. Збірник корекційних програм з профілактики девіантної поведінки учнів професійно-технічних навчальних закладів. Хмельницький. 2014. 473 с.
34. Судакова О. С. Специфіка розвитку синдрому емоційного вигорання у лікарів-онкологів // *Мед. Психологія*. 2012. №4. С. 96.
35. Тимофієва М. П. Психологія здоров'я. Чернівці: Книги-XXI, 2009. С. 294.
36. Туркова Д. М. Вправи з ідентифікації механізмів психологічного захисту в контексті емпатійного розуміння особистості *Практична психологія та соціальна робота*. 2012. № 8. С. 44–45.
37. Фенина О. Я. Компоненти емпатії та особистісний розвиток, *Актуальні проблеми психології : III звітна конф. виклад.-студ. складу*: [зб. наук. пр.]. Луцьк. 2004. С. 69.
38. Фенина О. Я. Структура, функції, форми та види емпатії. Їх роль у міжособистісних стосунках, *Психологія : зб. наук. пр.* Київ. 2001. Вип. 14.

39. Шевченко В. В. Синдром емоційного вигорання працівників освіти *Збірник наукових праць. Психологічні науки*. Вип. 2.13 (109). С. 252–257.
40. Шутько Т. П. Управління формуванням комунікативних якостей молодших медичних спеціалістів, *Витоки педагогічної майстерності : зб. наук*. Полтава, 2011. Вип. 8, ч. 2. С. 318–321.
41. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Київ. 2004. 20 с.
42. Balakirjeva K. Profilaktyka ta podolannja profesjnoho ta emocijnoho vyhorannja. Kyiv: UNDP, 2020. URL : <https://www.slideshare.net/undpukraine/ss-48391940>.
43. Chutko L. Kozyna N. Syndrom emotsyonalnoho vyhoranyia, Klini-cheskie i psykhologicheskye aspekty. Moscow. 2014.
44. Draga T., Myaluk O., Krynytska I. Features of emotional-burnout syndrome in health care workers. *Nursing*. 2017. Vol. 3. P. 48-51.
45. Findik U. Y. Operating Room Nurses' Burnout and Safety Applications *International Journal of Caring Sciences*. 2015. Vol. 8, issue 3. P. 610–618.
46. Freundberger H. J. Staff burnout *Social Sciences*. – 1974. – P. 159–166.
47. Hromtseva O. Notion of professional -burnoutofmedicalworkers andresearchofitsphenomenology. *European Journal of -Management Issues*. 2019. Vol. 27, № 3. P. 63-72. URL : <https://doi.org/10.15421/191907>.
48. Khalatbaria J. Correlation of job stress, job satisfaction, job motivation and burnout and feeling stress *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013. Vol. 84. P. 860–863.
49. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective *Professional burnout: Recent developments in the theory and research*. Washington. 1993. P. 19–32.
50. Maschak S. Professional burnout of a personality as a sociopsychological problem. *Naukovyi visnyk Lviv State University of Internal*

*Affairs.* 2012. Vol. 2, № 1. P. 444-52. URL : [https://www.lvduvs.edu.ua/documents\\_pdf/visnyky/nvsp/02\\_2012\\_1/12msospp.pdf](https://www.lvduvs.edu.ua/documents_pdf/visnyky/nvsp/02_2012_1/12msospp.pdf).

51. Shanafelt T., West C., Sinsky C. et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc.* 2019. Vol. 94, № 9. P. 1681-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>.

52. Shkrabiuk V., Bilyk D. Emotsiine vyhorannia osobystosti: psykhologichnyi analiz problemy. *Young Scientist.* 2020. Vol. 10, № 86. P. 293-6. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-10-86-60>.

53. Sultana A., Sharma R., Hossain M. et al. Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian J Med Ethics.* 2020. Vol. 5, № 4. P. 308-11. DOI: <https://doi.org/10.20529/ijme.2020.73>

## ДОДАТКИ

### Додаток А

*Тестові завдання до методики діагностики рівня емоційного вигорання*

*В. Бойко*

1. Організаційні недоліки на роботі постійно змушують нервувати, переживати, напружуватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, аніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії або профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, якісно, повільніше).
5. Тепло́та взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою - хорошого або поганого.
6. Від мене як професіонала мало залежить благополуччя партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться побути наодинці, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому або напругу, то намагаюся скоріше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати партнерам того, що вимагає професійний обов'язок.
10. Моя робота притупляє емоції.
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.
12. Буває, я погано засинаю (сплю) через переживання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами вимагає від мене великої напруги.
14. Робота з людьми приносить мені менше задоволення.
15. Я б змінив місце роботи, якби випала можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу належним чином надати партнерові професійну підтримку, послугу, допомогу.

17. Мені не завжди вдається запобігти впливу поганого настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже засмучує, якщо щось не ладиться у відносинах з діловим партнером.
19. Я настільки втомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якнайменше.
20. Через брак часу, втому або напругу часто приділяю увагу партнеру менше, ніж належить.
21. Іноді самі звичайні ситуації спілкування на роботі викликають роздратування.
22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукало мене цуратися людей.
24. При згадці про деяких колег по роботі або партнерах у мене псується настрій.
25. Конфлікти або розбіжності з колегами забирають багато сил та емоцій.
26. Мені все важче встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обстановка на роботі мені здається дуже важкою, складною.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має статися, як би не допустити помилки, чи зможу зробити все, як треба, не скоротять чи і т.п.
29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюся обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги.
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу: «не роби людям добра, не отримаєш зла».
31. Я охоче розповідаю домашнім про свою роботу.
32. Бувають дні, коли мій емоційний стан погано позначається на результатах роботи (менше роблю, знижується якість, трапляються конфлікти).
33. Часом я відчуваю, що треба виявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.

34. Я дуже переживаю за свою роботу.
35. Партнерам по роботі віддаєш уваги і турботи більше, ніж отримуєш від них вдячності.
36. При думці про роботу мені зазвичай стає не по собі: починає колоти в області серця, підвищується тиск, з'являється головний біль.
37. У мене хороші (цілком задовільні) відносини з безпосереднім керівництвом.
38. Я часто радію, бачачи, що моя робота приносить користь людям.
39. Останнім часом (чи як завжди) мене переслідують невдачі в роботі.
40. Деякі сторони (факти) моєї роботи викликають глибоке розчарування, валять в смуток.
41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж зазвичай.
42. Я розділяю ділових партнерів (суб'єктів діяльності) гірше, ніж зазвичай.
43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюся скоротити спілкування з друзями та знайомими.
44. Я зазвичай проявляю інтерес до особистості партнера крім того, що стосується справи.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочившим, зі свіжими силами, у гарному настрої.
46. Я іноді ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без душі.
47. По роботі зустрічаються тільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чого-небудь поганого.
48. Після спілкування з неприємними партнерами у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття.
49. На роботі я відчуваю постійні фізичні або психологічні перевантаження.
50. Успіхи на роботі надихають мене.
51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною).
52. Я втратив спокій через роботу.



53. Протягом останнього року була скарга (були скарги) на мою адресу з боку партнера (колег).
54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що багато чого з того, що відбувається з партнерами я не приймаю близько до серця.
55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції.
56. Я часто працюю через силу.
57. Раніше я був більш чуйним і уважним до партнерів, ніж тепер.
58. У роботі з людьми керуюся принципом не витрачай нерви, бережи здоров'я.
59. Іноді я йду на роботу з важким почуттям: як все набридло, нікого б не бачити і не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю нездужання.
61. Контингент партнерів, з якими я працюю, дуже важкий.
62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
63. Якби мені пощастило з роботою, я був би більш щасливий.
64. Я в розпачі через те, що на роботі у мене серйозні проблеми.
65. Іноді я роблю зі своїми партнерами так, як не хотів би, щоб чинили зі мною.
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на особливу поблажливість, увагу.
67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил займатися домашніми справами.
68. Зазвичай я кваплю час: скоріше б робочий день скінчився.
69. Стани, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро хвилюють.
70. Працюючи з людьми, я зазвичай як би ставлю екран, який захищає від чужих страждань і негативних емоцій.
71. Працюючи з людьми (партнерами) дуже розчарувало мене.
72. Щоб відновити сили, я часто приймаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вище, ніж те, чого я досягаю в силу обставин.
75. Моя кар'єра склалася вдало.

76. Я дуже нервуюю через все, що пов'язано з роботою.
77. Деяких з своїх постійних партнерів я не хотів би бачити і чути.
78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.
79. Моя втома на роботі зазвичай мало позначається (ніяк не позначається) у спілкуванні з домашніми та друзями.
80. Якщо представляється випадок, я приділяю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви в спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі я втратив інтерес, живе почуття.
83. Робота з людьми погано вплинула на мене як професіонала - розлютила, зробила нервовим, притупила моє здоров'я.
84. Робота з людьми явно підриває моє здоров'я.

Ключ до методики визначення рівня емоційного виснаження В. Бойко:

Фаза «Напруження»:

1. Переживання психотравмуючих обставин: +1(2),+13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5);
2. Незадоволеність собою:  
-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3);
3. «Загнаність у клітку»:  
+3(10), +15(5), +27(2), +39(2),+51(5), +63(1), -75(5);
4. Тривога і депресія:  
+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3).

Фаза «Резистенція»:

1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування: +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5);
2. Емоційно-моральна дезорієнтація:  
+6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5);

3. Розширення сфери економії емоцій:

+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5);

4. Редукція професійних зобов'язань:

+8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10).

Фаза «Виснаження»:

1. Емоційний дефіцит:

+9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2);

2. Емоційне відчуження:

+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10);

3. Особистісне відчуження (деперсоналізація): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5),

+59(5), +71(2), +83(10);

4. Психосоматичні та психовегетативні порушення: +12(3), +24(2), +36(5),

+48(3), +60(2), +72(10), +84(5).

**Додаток Б***Тестові питання до методики А. Уессмана та Д. Рікса*

## Шкала «спокій – тривожність»

10. Цілковитий спокій. Непохитно впевнений у собі.
9. Виключно холоднокровний, на рідкість впевнений і не хвилююся.
8. Відчуття повного благополуччя. Впевнений і відчуваю себе невимушено.
7. В цілому впевнений і вільний від занепокоєння.
6. Ніщо особливо не турбує мене. Відчуваю себе більш-менш невимушено.
5. Дещо стурбований, відчуваю себе скуто, трохи стривожений.
4. Переживаю деяку заклопотаність, страх, занепокоєння або невизначеність. Знервований, хвилююся, роздратований.
3. Значна невпевненість. Дуже травмований невизначеністю. Страшно.
2. Величезна тривожність, занепокоєність. Змучений страхом.
1. Абсолютно збожеволів від страху. Втратив розум. Наляканий нерозв'язними труднощами.

## Шкала «енергійність – втома»

10. Порив, що не знає перешкод. Життєва сила вихлюпується через край.
9. Б'є через край життєздатність, величезна енергія, сильне прагнення до діяльності.
8. Багато енергії, сильна потреба в дії.
7. Відчуваю себе свіжим, в запасі значна енергія.
6. Відчуваю себе досить свіжим, в міру бадьорий.
5. Злегка втомився. Лінощі. Енергії не вистачає.
4. Досить втомлений. В запасі не дуже багато енергії.
3. Велика втома. Млявий. Мізерні ресурси енергії.
2. Жахливо стомлений. Майже виснажений і практично не здатний до дії. Майже не залишилося запасів енергії.
1. Абсолютно видихався. Нездатний навіть до самого незначного зусилля.

## Шкала «піднесеність – пригніченість»

10. Сильний підйом, захоплений веселощами.

9. Збуджений, в піднесеному стані. Захопленість.
8. Збуджений, в хорошому настрої.
7. Відчуваю себе дуже добре. Життєрадісний.
6. Відчуваю себе досить добре, «в порядку».
5. Почуваюся трохи пригнічено, «так собі».
4. Настрій пригнічений і дещо сумний.
3. Пригноблений і відчуваю себе дуже пригнічено. Настрій безумовно сумний.
2. Дуже пригнічений. Відчуваю себе просто жахливо.
1. Крайня депресія і смуток. Пригнічений. Все чорно і сіро.

Шкала «впевненість в собі – безпорадність»

10. Для мене немає нічого неможливого. Зможу зробити все, що хочу.
9. Відчуваю велику впевненість в собі. Впевнений в своїх звершеннях.
8. Дуже впевнений у своїх здібностях.
7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо і мої перспективи хороші.
6. Відчуваю себе досить компетентним.
5. Відчуваю, що мої вміння і здібності дещо обмежені.
4. Відчуваю себе досить нездатним.
3. Пригнічений своєю слабкістю і недоліком здібностей.
2. Відчуваю себе жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності.
1. Тиснуче відчуття слабкості і марності зусиль. У мене нічого не вийде.

**Додаток В***Тестові питання для діагностики рівня емпатійних здібностей**В. Бойко*

1. Я маю звичку уважно вивчати обличчя і поведінку людей, щоб зрозуміти їхній характер, схильності, здібності.
2. Якщо оточуючі виявляють ознаки нервозності я, зазвичай, залишаюсь спокійним.
3. Я більше довіряю доказам свого розуму, ніж інтуїції.
4. Я вважаю цілком доречним для себе цікавитися домашніми проблемами своїх співробітників.
5. Я можу легко ввійти в довіру до людини, коли в цьому виникає потреба.
6. Зазвичай, я з першої ж зустрічі вгадую «споріднену душу» в новій людині.
7. Я з цікавості, як правило, розпочинаю розмову про життя, роботу, політику з випадковими попутниками у потязі, літаку.
8. Я втрачаю душевну рівновагу, якщо оточуючі чимось пригнічені.
9. Моя інтуїція — надійніший спосіб розуміння оточуючих, ніж знання чи досвід.
10. Виявляти цікавість до внутрішнього світу іншої особистості — нетактовно.
11. Своїми словами я часто ображаю близьких мені людей, не помічаючи цього.
12. Я легко можу уявити себе якоюсь твариною, відчуті її звички і стани.
13. Я майже не розмірковую над причинами вчинків людей, які мають до мене безпосереднє відношення.
14. Я рідко приймаю до серця проблеми своїх друзів.
15. Як правило, за кілька днів я відчуваю: щось повинно трапитися з близькою мені людиною, і очікування збуваються.
16. Спілкуючись з діловими партнерами, я зазвичай, намагаюсь уникати розмов про особисте.
17. Іноді рідні дорікають мені за черствість, неухвагу до них.
18. Мені легко вдається скопіювати інтонацію, міміку людей, наслідуючи їх.

19. Мій зацікавлений погляд часто бентежить нових партнерів.
  20. Чужий сміх, зазвичай, передається і мені.
  21. Часто, діючи навмання, я все ж таки знаходжу правильний підхід до людини.
  22. Плакати від щастя — дурниця.
  23. Я здатен цілком злитися з близькою для мене людиною, ніби розчинитися в ній.
  24. Мені рідко зустрічалися люди, яких би я розумів без зайвих слів.
  25. Я мимоволі чи з цікавості часто підслуховую розмови сторонніх людей.
  26. Я можу залишатися спокійним, навіть якщо всі навколо мене хвилюються.
  27. Мені набагато легше підсвідомо відчувати сутність людини, ніж зрозуміти її, «розклавши на полички».
  28. Я спокійно ставлюся до дрібних неприємностей, які трапляються у когось із членів сім'ї.
  29. Мені було б складно широко і довірливо вести бесіду з настороженою, замкнутою людиною.
  30. У мене творча натура — поетична, художня, артистична.
  31. Я без особливої цікавості вислуховую сповіді нових знайомих.
  32. Я засмучуюсь, якщо бачу людину в сльозах.
  33. Моє мислення більше відрізняється конкретністю, строгістю, послідовністю, ніж інтуїцією.
  34. Коли друзі починають говорити про свої неприємності, я волію перевести розмову на іншу тему.
  35. Якщо я бачу, що у когось з рідних погано на душі, то, ж правило, стримуюсь від розпитувань.
  36. Мені складно зрозуміти, чому дрібниці можуть так сильно засмучувати людей.
1. Раціональний (+ 1, + 7, -13, + 19, +25, -31);
  2. Емоційний (+2, +8, -14, +20, - 26, +32);
  3. Інтуїтивний (+ 3, +9, +15, +21, +27, - 33);

4. Установки, які сприяють емпатії ( +4, -10, -16, -22, -28, -34);
5. Проникаюча здатність до емпатії ( + 5, -11, - 17, - 23, -29, -35);
6. Ідентифікація в емпатії ( +6, +12, +18, - 24, + 30, -36).



*Тестові питання до методики Є. Ільїна*

1. Чи можете ви сидіти склавши руки?
2. Чи часто ви вдома обмірковуєте робочі плани?
3. Ви вважаєте, що вихідні дні даються не для того, щоб працювати?
4. Робота, а не неробство доставляє вам задоволення?
5. Ви можете кинути роботу, не доробивши її?
6. Ви б працювали навіть в тому випадку, якщо б не мали потреби в грошах?
7. Робота стала для вас звичкою?
8. Вас дивують люди, які готові «орати» з ранку до ночі?
9. Ви часто не можете заснути, думаючи про роботу?
10. Вихідні дні тягнуться для вас довго?
11. Чи дотримуєтеся ви приказки: «Робота не вовк, в ліс не втече»?
12. Чи є робота пріоритетом у вашому житті?
13. Кожен раз думка про початок робочого тижня псує вам настрій?
14. Для вас нема великих складнощів попрацювати понаднормово, навіть якщо в цьому немає крайньої необхідності?
15. Ви не відчуваєте задоволення від роботи?
16. У вихідні ви з нетерпінням чекаєте початку робочого тижня?
17. Чи можете ви не думати про свою роботу під час прогулянки, в кіно, театрі, на концерті?
18. Ви дуже захоплені своєю роботою?
19. Ви не любите затримуватися на роботі?
20. Чи відчуваєте ви напруження, якщо вам з якихось причин не вдається зайнятися своєю роботою?
21. Ви, як правило, не думаєте вдома про свою роботу?
22. Чи вважаєте ви, що якщо не вдалося зайнятися своєю роботою, то день пройшов даремно?
23. Чи прагнете ви, отримавши якесь завдання або задумавши щось, швидше їх

здійснити?

24. Ви вважаєте, що краще зробити менше, але якісніше?

Ключ до методики:

відповіді «так» на користь трудового лізму– 2, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 23.

відповіді «ні» на користь трудового лізму– 1, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 22, 24

[26, с. 209].

## Додаток Д

## Кореляційна матриця значущих кореляційних зв'язків

Змінні	П2	П4	П6	П7	П9	П10	П11	П12	П13	П14	П15	П16	П18	П20	П21	П23
П1	<b>0,52</b>	<b>0,39</b>		<b>0,28</b>			<b>0,55</b>			<b>0,28</b>	<b>0,39</b>					<b>0,4</b>
П2		<b>0,37</b>		<b>0,39</b>		<b>0,37</b>					<b>0,28</b>					
П3		<b>0,4</b>	<b>0,28</b>						<b>0,32</b>							<b>0,37</b>
П4			<b>0,37</b>	<b>0,32</b>	<b>0,4</b>	<b>0,37</b>		<b>0,39</b>				<b>0,32</b>				
П5			<b>0,39</b>	<b>0,37</b>	<b>0,28</b>	<b>0,28</b>				<b>0,28</b>						<b>0,39</b>
П6				<b>0,39</b>	<b>0,28</b>	<b>0,37</b>	<b>0,37</b>			<b>0,39</b>						
П7					<b>0,32</b>	<b>0,28</b>	<b>0,4</b>				<b>0,28</b>					
П8								<b>0,28</b>								<b>0,39</b>
П9	-					<b>0,28</b>	<b>0,32</b>						<b>0,28</b>			
П10							<b>0,28</b>	<b>0,32</b>								- <b>0,39</b>
П11								<b>0,28</b>								- <b>0,39</b>
П13																<b>0,39</b>
П14											<b>0,4</b>	<b>0,28</b>				
П15														<b>0,32</b>		
П16																<b>0,28</b>

*Примітка:*

- П1. Переживання психотравмуючих обставин  
П2. Незадоволеність собою  
П3. «Загнаність у клітку»  
П4. Тривога і депресія  
П5. Неадекватне вибіркове емоційне реагування  
П6. Емоційно-моральна дезорієнтація  
П7. Розширення сфери економії емоцій  
П8. Редукція професійних зобов'язань  
П9. Емоційний дефіцит  
П10. Емоційне відчуження  
П11. Особистісне відчуження (деперсоналізація)  
П12. Психосоматичні та психовегетативні порушення

- П13. Шкала «спокій – тривожність»
- П14. Шкала «енергійність – втома»
- П15. Шкала «піднесеність – пригніченість»
- П16. Шкала «впевненість в собі – безпорадність»
- П17. Раціональний канал емпатії
- П18. . Емоційний канал емпатії
- П19. Інтуїтивний канал емпатії
- П20. Установки, які сприяють емпатії
- П21. Проникаюча здатність до емпатії
- П22. Ідентифікація в емпатії
- П23. Трудоголізм